Revista de ciencias psicológicas y neurológicas

VOL. III Nos. 1-2 LIMA. MARZ.-JUN. 1966

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PERSONAL DOCENTE

Jefe del Departamento	Dr. Oscar Valdivia Ponce
Profesores Principales	Dr. Humberto Rotondo Dr. Carlos Alberto Seguín Dr. Oscar Valdivia Ponce
Profesores Asociados	Dr. José Max Arnillas Arana Dr. Renato Castro de la Matta Dr. Sergio Zapata Agurto
Profesores Auxiliares	Dr. José Alva Quiñones Dra. M. A. Silva de Castro Dr. Alberto Perales Cabrera Dr. Carlos Saavedra Suescum
Encargado de la Coordinación	Dr. Max Silva Tuesta
Jefes Instructores	Dr. Ethel Bazán Vidal Dr. Andrés Cáceres Bedoya Dr. Héctor Cornejo Mere Dra. Judith Calenzani Castillo Dr. César Delgado Hurtado Dr. Hugo Diaz Vásquez Dr. Manuel Fernández Gallegos Dr. Enrique Ghersi Belaúnde Dr. Walter Griebenow Estrada Dr. Carlos Gutiérrez Ferreyra Dr. Felipe Iannacone Martínez Dra. Elia Izaguirre León Dr. Emilio Morales Charún Dr. Humberto Napurí Jordán Dr. Saúl Peña Kalenkautzky Dr. Alberto Péndola Febres Dr. Rubén Ríos Carrasco Dr. Oscar Ríos Reátegui Dr. Hildebrando Salazar Inga Dra. Antonia Sánchez Dr. Juan Tobalina Dr. Francisco Vásquez Palomino
Psicólogos Clínicos	Dr. Juan Antonio Robles Dra. Yolanda La Torre Dr. Hilarión Tovar Narrea

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ASIGNATURA DE NEUROLOGIA

PERSONAL DOCENTE

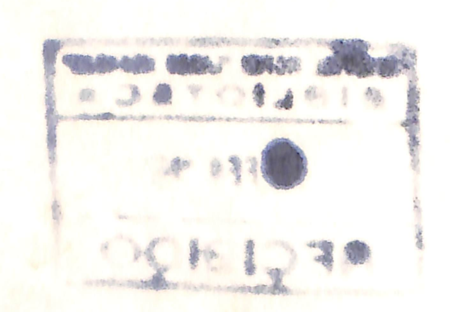
Profesor Principal encargado de la Asignatura	Dr. Raúl Jerí
Profesores Asociados	Dr. Jacobo Silbermann Dr. Rodolfo Landa
Profesores Auxiliares	Dr. Manuel Pizarro Dr. Luis Aspauza
Jefes Instructores	Dr. Leoncio Acosta Dr. Pedro Ortiz Dr. César Sánchez Montenegro Dr. Eugenio Villar Dr. Luciano Vise

REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. III Nº 1-2 **MAR. - JUN. 1966** **LIMA, PERU**





REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. III Nº 1-2 **MAR. - JUN. 1966** **LIMA, PERU**

CONTENIDO:

SYMPOSIUM SOBRE PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL ESTUDIANTE

NEUROLOGIA

PSICOTERAPIA

DOCUMENTOS

REVISTA DE REVISTAS

CONSIDERACIONES, PERFILES Y PERSPECTIVAS DE LAS MOTIVACIONES PROFESIONALES EN LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS MEDICAS

OSCAR VALDIVIA PONCE * y JUAN ANTONIO ROBLES **

INTRODUCCION

La pedagogía Universitaria que tiende en estos momentos a formar un cuerpo de principios y técnicas más o menos rigurosas y sistematizadas, tiene impostergablemente que advertir que la enseñanza y el aprendizaje, así como los criterios de selección y admisión de postulantes a estudios profesionales, deben basarse en criterios y postulados psicológico-dinámicos: las motivaciones sean éstas inconscientes, aparentemente conscientes o evidentemente conscientes.

El fin de esta posición teórica y práctica es descartar la omnipotencia de las anquilosadas y sobrevivientes premisas cuyos oficios se reducían —en los quehaceres de la selección y orientación vocacional y profesional— a tomar inventarios de los conocimientos que se poseían, o a encuestar los intereses que se declaraban sin considerar los vicios y las distorsiones que implicaban, cuando no a aprisionar exclusivamente los aspectos manifiestos de algunas de las aristas más groseras y salientes del psiquismo del postulante universitario. Y mientras ello ocurría, simultáneamente era una actitud negligente o dolosa la responsable de que se postergaran los aspectos velados o inconscientes que explicaban esas manifestaciones, mientras que por otra

---

*** Catedrático Principal del Dpto. de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U. N. M. S. M.**

**** Psicólogo-Clínico del Dpto. de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U. N. M. S. M. y Catedrático-Asociado de Psicología de las Facultades de Letras, Ciencias Sociales y Educación de la Universidad Católica.**

parte escondían las latentes o por lo menos las enmascaraban. Es de advertir que la actitud que postulamos no pretende la eliminación de ciertos factores, que también algunas veces se han venido considerando: nos referimos al diagnóstico de las aptitudes (capacidades funcionales en potencia de diversa índole) y las habilidades ("capacidades para la reacción de tipo simple o complejo, psíquico o motor, que han sido aprendidas por un individuo hasta el grado de poder ejecutarlas con rapidez y esmero")[1]. Pero si lo que nos parece absurdo es la fractura a la que se ha llegado, a veces sin proponerse, entre aptitudes y habilidades con las motivaciones afectivas e inconscientes.

El papel de las mencionadas motivaciones dentro del mundo anímico es múltiple y complejo. Dentro de la constelación de funciones se las encuentra, unas veces, auspiciando las aptitudes y las habilidades trayendo consigo un incremento de conocimientos y técnicas y lo que nos parece de mayor primacía: la integración del estudiante con su trabajo profesional, es decir, su adaptación y no simplemente, como ocurre en la gran mayoría de casos, en los que sólo se dan meros ajustes con la situación universitaria (técnicas de reducción de tensiones y ansiedades) que, por su misma índole, se quebrantan ante situaciones desencadenantes. En otros estudiantes las motivaciones cumplen funciones de trabazón, cuando no de bloqueo definitivo a los mencionados rasgos actitudinales, o también canalizando inadecuadamente los intereses, sino propiciando la formación de pseudoimágenes que más tienen de proyección y elaboración catatímicas, lo que da lugar a la mediocridad, desorientación, frustración y fracaso.

Se puede decir, entonces, que en todo plan o programa de selección de aspirantes a la universidad y sus respectivas orientaciones profesionales, es de primordial importancia el inventario de aptitudes y habilidades debidamente concordadas con los perfiles y perspectivas de las motivaciones o multimotivaciones de sus intereses. Precisamente, el espíritu que anima al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina apunta al logro de estas aspiraciones no sólo a través de un discurrir teórico y romántico, sino con aportaciones concretas producto de estudios e investigaciones empíricas. Creemos que con esta nueva actitud estamos dando una respuesta a los achaques y manías de la pedagogía clásica e intelectualista que había estado redu-

[1] WARREN, Howard C. **Diccionario de Psicología**, pág. 158.

ciendo todo el quehacer educativo exclusivamente a un nivel lógico-racional.

El trabajo, que ahora presentamos, abarca algunas consideraciones, perfiles y perspectivas de las motivaciones de los estudiantes por la carrera médica. Son aristas importantes que deben conocerse cuando se piensa en la educación médica y en la necesidad de comprender la realidad universitaria. Muy poco o casi nada se sabe sobre esta realidad en nuestro medio, donde por otra parte, tanto se habla de reforma universitaria. Los factores que intervienen en la elección de la profesión médica, la actitud y el rol de la familia en dicha elección son prácticamente desconocidos. Tampoco se sabe con criterios siquiera aproximativos sobre las dificultades de adaptación y conflictos que experimenta, durante un largo proceso de diálogo con los contenidos del aprendizaje; menos aún sobre las ansiedades y angustias que confronta y vive respecto de sus espectativas, frustraciones, objetivos y ambiciones y las consiguientes metamorfosis que se operan en su personalidad. Por eso, Seguín escribe a propósito de las reacciones de los estudiantes:

> "Es, por decir lo menos, ingenuo creer que el proceso de aprender algo nuevo y, sobre todo, de modificar actitudes, pueden desarrollarse sin reacciones emocionales importantes. Pensemos que se trata de destruir equilibrios más o menos estables para instalar otros; de modificar creencias, de alterar conceptos a veces enraizados en la propia biografía del estudiante y que ello no puede hacerse sin una honda repercusión en la personalidad" [2].

El objetivo del presente estudio pretende lograr una aproximación, más o menos eficaz, a uno de los muchos repliegues de la psicología del estudiante universitario de medicina: las motivaciones que han intervenido en la elección de su carrera se tratan de poner al descubierto con el objeto de determinar la calidad y cantidad de estas variables y los nexos o asociaciones con otros factores. En todo caso, la apertura de vertientes ignoradas o desconocidas por maestros y alumnos, o cuando menos, la clarificación de muchas otras, debe llevarnos a la convicción que el aprendizaje y la educación médica con sus consi-

---

[2] SEGUIN, C. A. **La preparación psicológica del estudiante de medicina**, pág. 240.

guientes dificultades y trabas, mas o menos problemáticas, no dependen en gran parte de los contenidos teóricos y prácticos de las materias mismas, sino de factores afectivos, motivacionales, inconscientes y reactivos de los estudiantes.

MOTIVACION Y PERSONALIDAD MEDICA

Para Kurt Lewin, el individuo se encuentra en un constante proceso dinámico de ajuste "dentro de su medio ambiente social o físico, portador de estimulaciones, y ante el cual debe reaccionar sea adecuándose a él, sea modificándolo, pero no sustrayéndose ya que ambas realidades, individuo y medio, no son independientes una de la otra" [3]. Si concebimos, entonces, el comportamiento humano como una interacción de la persona y de su contexto ambiental, puede comprenderse el decisivo significado que tiene para la personalidad el panorama cultural donde se halla inmerso el individuo. Precisamente este hecho nos demuestra la existencia de una personalidad profesional con características y rasgos que la modulan y tipifican a quienes la posean. Al respecto José Mallart, escribe: "La personalidad del músico, la del médico, la del maestro, la del sacerdote y tantas más forjadas por el tipo de actuación diaria que tiene, como la personalidad del empresario y la del dirigente, caracteres universales" [4].

Pero, hablar de la personalidad profesional del médico supone ya una entidad dinámica lograda, que implica la tenencia de equilibrios más o menos estables en el individuo, igualmente la posesión de un equipo de conceptos, técnicas y habilidades que se han adquirido durante el proceso estudiantil y, por tanto, ya enraizados en la biografía del alumno. Del mismo modo, supone un repertorio más o menos amplio y específico de actitudes frente a sí mismo y los demás. Es decir, la personalidad profesional del médico es un término al cual se ha llegado después de un proceso de estructuración, que ha significado importantes reacciones emocionales, metamorfosis más o menos violen-

[3] LEWIN, Kurk. "El comportamiento y el desarrollo como una función de la situación total" en L. Carmichael. **Manual de Psicología infantil,** pág. 1031 y 32.

[4] MALLART, José. "El Dirigente como conductor de hombres" Rev. Mexicana de Psicología Vol. 1, Nº 2, pág. 126.

tas del yo debido a mutilaciones y substituciones de sus anteriores creencias, hábitos y conceptos arraigados en el psiquismo del estudiante [5]. Interesa, por tanto, conocer los pormenores de esa dinámica configurativa, así como también los mecanismos previos que la explican y llevan al inicio de esas situaciones. Para tal cometido, nada mejor que la exploración de los motivos conscientes o inconscientes presentes en los estudiantes de ciencias médicas. Del análisis de dichos motivos puede aprehenderse no sólo la imagen que tienen de la carrera, sino el significado mismo de la profesión, con su conjunto de espectativas particularmente elaboradas.

Puede decirse que la motivación es un proceso psicológico consciente o inconsciente, que se presenta en el individuo a traves de incentivos, que le suministran fuerzas para realización de un acto o comportamiento cualquiera, en determinada dirección y con cierta calidad y cantidad expresiva, así como las razones de dicha conducta al propio actor. El Diccionario de Psicología de H. C. Warren explica en estos términos el concepto: "Motivo: experiencia consciente o estado subconsciente que sirve como factor para determinar la conducta social c comportamiento de un individuo en una situación determinada" [6].

¿Cuáles son los incentivos que promueven a los aspirantes a elegir estudios de medicina y a suministrarles razones explicativas acerca de la certeza o autenticidad de sus inclinaciones y decisiones?. De otro lado, ¿cuáles son los factores y elementos que fundamentan sus percepciones, actitudes, imágenes y conceptos, así como la calidad y la cantidad de energía psíquica que nutre y posibilita dichos factores?. Igualmente, ¿cuál es el papel de los condicionantes económicos, socioculturales, familiares y emocionales dentro de la dinámica motivacional?. Interesa también apoderarse de otros perfiles más sutiles, pero de una raigambre más profunda; por ejemplo, cuál de los tres elementos del status (poder, prestigio, economía) tiene mayor importancia para la elección, o sino, cuál es la importancia de los mecanismos identificatorios ciegos a todos los otros aspectos de la realidad. Y, dentro de esta economía psíquica, que se hurta de las expresiones fenoménicas porque se esconde tras mecanismos de defensa tendientes a con-

---

5 La Psicología de la personalidad del estudiante de medicina es una investigación que ha sido emprendida por C. A. Seguín en colaboración con J. A. Robles.

6 WARREN, Howard C. Op. Cit., pág. 232.

servar la imagen valiosa del propio yo, ¿qué importancia tienen las actitudes hipocondriacas tengan base real o no en la elección de la carrera médica?.

Pero, indudablemente las motivaciones no pueden referirse únicamente como incentivos para canalizar el interés, o proceder a la elección de la profesión y su consiguiente acción que culmine en el ingreso a la universidad. También las motivaciones son incentivos que acompañan al estudiante de medicina a lo largo de sus ocho años de estudios y, naturalmente, el papel de las fuerzas motivadoras puede variar en calidad y cantidad durante este proceso. Es de suma importancia, entonces, intentar conocer también los perfiles y perspectivas de esas situaciones existenciales con el fin de dilucidar, si las funciones que desempeñan son de índole positiva o negativa para la promoción humana y profesional. Por ejemplo, ¿cuáles son los sentimientos actuales frente a la profesión médica?; asimismo, si éstos son definidos o confusos. Desde otro punto de vista, tiene significativa importancia apreciar la imagen que tienen de la profesión y si existen decisiones o indecisiones sobre las distintas especialidades; igualmente saber sobre las metas, expectativas y planes futuros. Sin embargo, dentro del conjunto de hechos y factores que explican la dinámica del comportamiento del estudiante de medicina, destacan aquellas fuerzas que nos ponen en presencia de mecanismos personales y grupales tendientes a oponer resistencias y que, naturalmente, tiene una gama muy variada de manifestaciones: participación política, actitudes beligerantes (peticiones, comunicados, huelgas), etc.

En lo que respecta a las fallas y los grados de identificación de los estudiantes con la profesión médica, la dinámica que se advierte es, aún, de mucha mayor importancia e interesa conocer los factores con los cuales se asocia o sobre quienes se fundamenta. Por ejemplo si el que se encuentra estudiando medicina está convencido, en un determinado porcentaje, que existen otras mejores carreras que aquella que estudia, no podría decirse que su concepto responde a un criterio de realidad porque ello, en primer término, es difícil de determinar y de ser así, ¿cómo es que, entonces, no lo utilizó?. De igual modo, si quien estudia una carrera desea cambiarla por otra, es evidente su disatisfacción; y lo mismo, puede decirse de aquellos que manifiestan haberse equivocado en la elección.

No obstante, las falsas elecciones y las insatisfacciones no siempre se manifiestan conscientemente, sino que aparecen embozadas en comportamientos que aparentemente parecen no comprometer la personalidad profesional del médico o del estudiante. Los incentivos y los mecanismos que explicarían esas situaciones debieran entonces ponerse al descubierto, con el objeto de que muchas de las variables de la situación universitaria sean clarificadas de modo que pueda procederse a su reconceptualización.

Creemos que el presente trabajo puede ser un intento en ese sentido: se trata de estudiar las motivaciones en los estudiantes, de ciencias médicas, en algunos de sus perfiles y perspectivas. En todo caso, por lo menos, podría constituirse en un incentivo motivacional para más logradas investigaciones.

MATERIAL Y METODO

I. *Procedimiento*

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación son: A) *Un cuestionario* elaborado por nosotros de 21 preguntas y en formulaciones de las siguientes diversidades: 1. Preguntas de tipo abierto, 2. Preguntas de tipo cerrado, 3. Preguntas de tipo abanico, 4. Preguntas de tipo espiral, 5. Preguntas de tipo proyectivo.

B) Un test de frases incompletas, construido por nosotros, para los propósitos trazados y con el fin de complementar los datos que no pudieron aprehenderse, con el primer instrumento debido a los mecanismos de defensa que indudablemente se ponen de manifiesto durante las pruebas.

Ambas pruebas son instrumentos no estandarizados con items claros y precisos, especialmente estructurados, para los fines que hemos enunciado. Los reactivos —merced a los diferentes tipos de preguntas— tienen la particularidad de incidir, unos directamente sobre la esfera consciente y de ese modo, en igual forma, obtener respuestas que son elaboradas consciente y voluntariamente por los sujetos; en cambio, otros reactivos, si bien inciden sobre la conciencia, poseen la peculiaridad de activar los dinamismos inconscientes, de tal manera que las respuestas que se obtienen contienen importantes elementos proyectivos debido a que los probandos —al no advertir los contenidos subya-

centes tanto en las preguntas como en sus propias respuestas— no ejercen el menor asomo de censura, del mismo modo como quedan burlados los mecanismos de defensa.

Tanto el cuestionario como las frases incompletas fueron aplicados colectivamente a los estudiantes, disponiendo de tiempo ilimitado con el objeto de que sean respondidas todas las cuestiones, aunque el tiempo requerido para cada prueba no pasa de 20 minutos.

La administración de la prueba se hizo sin previo aviso con el objeto de evitar tensiones y ansiedades que podrían haberlos inducido a movilizar sus sistemas defensivos. Se aplicó con ocasión de su concurrencia a una clase de Psicología médica que se hallaba programada.

II. *Características de la muestra*

El grupo humano elegido para realizar esta investigación está representado por 143 alumnos de ambos sexos que cursan el primer año de medicina en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Entre las principales características tenemos:

a) La edad de los alumnos la hemos dividido en tres subgrupos: de 17 a 21 años con un total de 108 sujetos y que representan el 75%; de 22 a 26 años con un total de 26 sujetos que hacen el 18.31%; de 27 a 40 años con un total de 9 sujetos y que constituyen el 6.30% de la población.

b) El sexo de los alumnos en el universo estudiado está dado por 139 varones que hacen el 97.13% y por 4 mujeres que representan el 2.79%.

c) El lugar de nacimiento de los probandos es como sigue: Lima con 58 estudiantes hacen el 40.53%; otras provincias con 84 estudiantes con el 58.74%; lugares no determinados 1 que representan el 0.69%. Si consideramos la procedencia de los alumnos de acuerdo a las tres regiones tenemos: Costa 97 alumnos con 67.83%; Sierra 38 alumnos con 26.57%; Selva con 7 alumnos con 4.89%.

d) Profesión del padre: se ha considerado esta variable con el propósito de aproximarnos a una estimación de la influencia del oficio del padre en la elección de la profesión médica del hijo y, al mismo tiempo, tener una noción del nivel socio-económico del que proceden



los estudiantes: 1) Profesiones liberales, entre los cuales 10 padres son médicos que hacen un 6.99% y 29 tienen otras carreras con 20.57%. 2) Actividades de negocios con 53 padres que hacen el 36.95%. 3) Institutos armados con 7 padres que hacen el 4.88%. 4) Empleados con 19 padres y que representan el 13.28%. 5) Obreros calificados con 16 padres que hacen el 11.02%. 6) Obreros no calificados con 2 padres y el 1.39%. 7) No determinados con 7 padres que representan el 4.89%.

Para considerar el nivel socio económico del grupo en estudio seguimos el criterio de Kurt. B. Mayer quien afirma que "...la dinámica fluidez de nuestro sistema de clases y el gran desarrollo de la movilidad ocupacional han hecho que los límites entre las tres clases sociales no sean rígidos ni precisos. De todas maneras, esta división es demasiado amplia y debemos hacer subdivisiones en estas tres grandes agrupaciones..." [7]. En este sentido, la estratificación a considerar es: a) Una clase Alta-alta, una clase Alta-media y una clase Alta-baja; b) Una clase Media-alta, una clase Media-media y una clase Media-baja; c) Una clase Baja-alta, una clase Baja-media y una clase Baja-baja. Siendo el criterio bastante complejo para distinguir, se debe considerar los siguientes índices: "... la ocupación, el status ocupacional, medido principalmente por el grado de independencia personal y seguridad en el trabajo, y también por las oportunidades para el ejercicio de la autoridad y el monto y la fuente de ingresos" [8].

Como quiera que los datos obtenidos en nuestro estudio no han considerado la mayoría de estos índices, las categorías que continuación indicamos tienen sólo un carácter de aproximación: 92 estudiantes o sea el 64.40% provienen del nivel socio económico de la clase Alta-media, cuyos padres tienen profesiones liberales y actividades de negocios; 26 pertenecen al nivel de la clase Media-alta con el 18.16%, siendo los padres miembros de los Institutos armados y empleados; 16 son de la clase Baja-alta con el 11.02% por ser los padres obreros calificados; 2 son de la clase Baja-media con el 1.39% por ser los padres obreros no calificados; finalmente 7 con el 4.89% no están determinados.

---

7 **MAYER, Kurt. Clase y Sociedad, pág. 85.**

8 **Ibidem, págs. 85 y 86.**

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESUTADOS

Con el objeto de facilitar la utilización de los resultados obtenidos con las pruebas, ofrecemos algunas nociones del sentido de cada una de las preguntas y reactivos; y lo que se pensaban explorar con ellos, para sobre esta base, intentar presentar una interpretación del significado motivacional, que nos parece encontrar en cada una de las respuestas o en el agrupamiento que hacemos de las similares.

1) *Por qué estudia medicina?*. Aquí intentamos en forma directa que el estudiante nos ofrezca —como actor social que es— si la orientación de su conducta es "valorativa", "sentimental" o "racional". Es que de acuerdo al esquema de Talcott Parsons la acción y la orientación motivacional "...no puede dejar de tener en cuenta que no existen actos aislados, que todo acto remite siempre a un sistema más amplio de relaciones actor-situación" [9]. Queremos saber, entonces, cómo opera su mente en la elección de la carrera médica; si existen aspectos de ciertas situaciones o condiciones sobre las cuales el estudiante no ejerce ningún control porque —como afirma Kingsley Davis— "...la percepción que el actor tiene del mundo es, en innumerables formas, demasiado limitada, lo cual significa que el no puede conocer todas las consecuencias de su conducta y, por lo tanto, esta última puede tener funciones que el actor, cuando persigue sus fines no observa" [10].

Las respuestas obtenidas se han agrupado así:

a) 33 respuestas que según la percepción de los estudiantes estaría determinada por una fuerza interior, pues la forma cómo las expresan indican esa posibilidad: "por vocación", "por inclinación".

b) 30 respuestas expresadas del siguiente modo: "servir a la humanidad", "ayudar en el sufrimiento a mis semejantes", "hacer el bien", "curar y aliviar el dolor", "salvar vidas". Como se podrá apreciar todas estas contestaciones implicarían un sistema afectivo dirigido hacia

---

9 DURRUTY, Celia. "La Teoría General de la Acción de Talcott Parsons" en **Cuestiones de Filosofía, Aspectos de las Ciencias del Hombre**, Año I, Nº 2, 1962, págs. 46 y 47.

10 DAVIS, Kingsley. "The elements of Social Action" en **Human Society**. 1948, págs. 124 y 25.

los demás, "el sentimiento del nosotros" que ha ocupado el interés de Fritz Künkel al tratar de desenvolver la noción del "si mismo" como el centro de la personalidad y fuente suprema de "valores de los más altos kilates" [11].

c) 28 respuestas con la siguiente expresión: "Porque me gusta". Ella podría indicar que el estudiante ve algo interesante o fascinante en la carrera de médico, pero en todo caso la orientación de su conducta es de tipo sentimental en la que haya condicionantes, que escapan de su control racional.

d) 15 respuestas que dicen: "siempre he querido ser médico", "desde niño he querido serlo". Estas expresiones nos señalan la existencia de sentimientos primarios cuyos fundamentos originales se han perdido en el inconsciente, de modo que el alumno no encuentra las razones que condicionan su orientación.

e) 15 respuestas que dicen: "carrera noble", "carrera al servicio de la humanidad", "carrera importante", "altruista", "humanista", "respetable", "estudia al hombre". Aquí las expresiones tienen un contenido valorativo porque se centran en la calidad de la profesión médica.

g) 4 respuesta expresadas así: "al ver padecimiento de mis familiares", "para ser el orgullo de mis padres", "por una promesa hecha a mi madre", "emular a mis padres". Se puede apreciar, en toda su magnitud la influencia familiar, en el incentivo motivacional. Desde la identificación con la figura parental o la realización de los ideales y valores de la familia, hasta alguna experiencia traumática en la que el estudiante fue expectador y actor.

h) 16 respuestas diversas entre las que se encuentran: "impresiona la figura del médico", "deseo conocer el funcionamiento del cuerpo", "conocer la evolución de la enfermedad", "elevar mi posición económica", "he soñado ser médico", "contiene mis ideales". En esta gama encontramos motivaciones que se fundamentan en impresiones emocionales, en intereses dirigidos hacia el conocimiento de las potencialidades somáticas y psicológicas, así como en intereses de tipo utilitario.

Dos estudiantes no contestaron la pregunta, siendo posible que aún no sepan todavía el por qué estudian medicina.

---

[11] KUNKEL, F. y DICKERSON, R. **La Formación del carácter**, pág. 14.

2) *Le duele o le molesta alguna parte de su cuerpo y ello ha sido motivo en la elección de sus estudios médicos?.* Las respuestas dadas pueden agruparse en tres categorías: a) los que respondieron "no" son 131 estudiantes con el 91.58%; b) los que respondieron "si" son 4 estudiantes con el 2.79% y; c) los que respondieron si y a a la vez indicando el órganos o la función implicada, son 6 estudiantes con el 4.14%.

El 6.93% de los probandos han experimentado trastornos físicos, que han sido factores importantes en la dinámica motivacional para la elección de su carrera; esto podría indicar también que, algún porcentaje de alumnos, hace los estudios de medicina con intenciones diagnósticas de su propio organismo y con posibilidades terapéuticas; igualmente, es posible que, en la base de estas respuestas, se halle algunas actitudes hipocondriacas.

3) *A qué especialidad piensa dedicarse?.* Con este item se quiere indagar, hasta que punto, la especialización está difundida en los estudiantes y si ella es una consideración que motiva los estudios médicos. En este sentido, 110 estudiantes que hacen el 71.94% contestaron indicando la especialidad, alcanzando mayor número: cirugía con 20 alumnos y 13.98%; psiquiatría con 17 alumnos y 11.88%; clínica y cardiología cada una con 13 alumnos y 9.85%. De otro lado, 29 alumnos se mostraron indecisos y que representaban el 20.27%; mientras que 4 no contestaron.

4) *Por qué ha escogido dicha especialidad?.* En el análisis se puede apreciar que, en algunos casos, los estudiantes poseen sentimientos que los impulsan a elegir determinada especialidad, así dicen: "me gusta", "siento atracción", "inclinación". Otros manifestaron que la elección estaba dada por un "algo" que hallan en la especialidad, viéndola por tanto como: "interesante", "importante", "amplia", "básica". Otros ven una oportunidad de expresar y canalizar sus sentimientos sociales; mientras que hay quienes parecen haber analizado y considerado su capacidad o habilidad para ejercer satisfactoriamente la especialidad.

5) *Qué opina su familia sobre la elección?.* Las respuestas que se obtienen son: 73 alumnos que hacen el 51.04% dicen que la familia "está de acuerdo", "lo aprueban", "les gusta". 22 alumnos afirman que la familia deja a lo que "mejor parezca al estudiante", que repre-

senta el 15.38%; 16 dicen que la familia no aprueba, con el 10.82%; finalmente 27 alumnos dan respuestas diversas en las que se advierte la no intervención familiar. En todo caso el papel que cumple la familia es decisivo e importante debido a que es una agencia de psicosocialización que ejerce, sobre el estudiante, los lineamientos básicos de sus motivaciones.

6) *Ha considerado Ud. las dificultades?*. Esta pregunta aspira saber si los estudiantes consideran además de los aspectos positivos, las dificultades que van a encontrar en la especialidad. Los resultados indican que 110 probandos con el 78.32% efectúan tal consideración; el 15.38% representado por 22 alumnos no considera, mientras que 11 con 7.76% no contestan.

7) *Diga si entre sus familiares cercanos hay médicos?* Se obtuvieron 72 respuestas de "si" que implican el 50.34%, así como 71 respuestas de "no" que representan el 49.65%. En lo que respecta a las contestaciones afirmativas, 29 se limitaron a decir simplemente "si", en tanto que 43 indicaron la clase de relación familiar:

Grado de parentesco	Estudiantes	Porcentaje
Padre	8	18.60%
Hermano	6	13.95%
Abuelo	2	4.65%
Tío	18	41.86%
Primo	8	18.60%
Cuñado	1	2.32%

Sabemos que la identificación es un mecanismo inconsciente por el cual una persona "trata de asemejarse a otra en uno o varios aspectos del pensamiento o conducta", por otra parte es de advertir que "...la tendenca a indentificarse con una persona o cosa altamente catectizada de su circunstancia no está limitado en modo alguno a la infancia" [12]. Ocurren con frecuencia en la pubertad y adolescencia aunque muchas de ellas pueden ser sólo transitorias; sin embargo la identificación es una tendencia que persiste durante toda la vida que mode-

[12] BRENNER, Charles. **Elementos fundamentales de Psicoanálisis,** pág. 58.

lan ciertos aspectos de la conducta individual en el sentido de una aceptación de las normas y los ideales de los padres, la familia y las figuras prominentes del panorama cultural del sujeto. Todo ello contribuye a dos importantes consecuencias psicológico-sociales: a) la perpetuación de tradiciones y códigos morales-sociales y b) la resistencia al cambio de ciertas estructuras y al acrecentamiento de modificaciones en el ambiente.

La importancia de la identificación como elemento dinámico motivador para la elección de los estudios de medicina, es sin lugar a dudas indiscutible. El porcentaje de familiares médicos hallados en los estudiantes (50.34%) es significativo; igualmente, de acuerdo a la relación parece que el rol del tío tiene características de figura parental positiva con la cual se identifican profesionalmente muchos estudiantes.

8) *En cual de estos tipos de persona se considera Ud. incluido?.*

a. Persona teorética, interesada en ideas, en el "cómo" y "por qué" de las cosas y el descubrimiento de la verdad.

Contestaron afirmativamente 25 estudiantes con un 17.48%, lo que indicaría el anhelo de pertenecer a la categoría del médico científico e investigador.

b. Persona de inteligencia práctica, interesada en las cosas útiles y en alcanzar éxito económico.

Respondieron 16 personas haciendo el 11.18% del total, lo que parece que el valor-éxito no es exclusivamente propio de la sociedad norteamericana y constituye un valor internalizado en la personalidad que sirva de despegue para la movilidad social.

c. Persona interesada en conocer y descubrir el mecanismo de las cosas con los adelantos técnicos.

Respondieron 9 personas con 6.29%.

d. Persona interesada en conocer y descubrir las relaciones y las incógnitas de la naturaleza humana y luego darlas a conocer para prestigio de su nombre, aún cuando no haya remuneraciones económicas.

e. Persona interesada en cosas útiles y en alcanzar influencias y poder en la sociedad en que vive.

g. Persona interesada en hacer obras que duren y sean testimonio de su persona en la posteridad.

h. Persona que le gusta vivir bien, con posición económica muy holgada, con algunas satisfacciones profesionales, cierta influencia y prestigio, pero todo ello con carácter temporal, es decir que dure tanto como dure Ud. en esta vida.

Los incisos d, e, g, h, fueron respondidos cada uno de ellos con 5 respuestas que hacían el 3.49%, a excepción de "g" que tuvo 8 respuestas y el 5.59%, además que como dato que pueda interesar refleja en ciertos estudiantes la existencia de sentimientos de perpetuidad.

El punto "f" lo pasamos con el objeto de hacer una referencia más detallada en estas líneas. Obtuvo 59 respuestas que hacían el 41.25%.

f. Persona interesada en ayudar a los demás, aún cuando ello importe sacrificios, algo de incomprensión -y poca remuneración de di nero.

Esta proposición posiblemente represente para los estudiantes la imagen arquetípica del médico y, dentro de los ideales, espectativas y aspiraciones personales debe hallarse el anhelo de acercarse a la norma.

De otro lado, 5 personas no dieron respuestas claras, mientras que 6 no contestaron.

9) *Algunas veces, le agrada actuar de manera que otras personas se den cuenta de lo que Ud. hace?* La intención de esta pregunta apuntaba a averiguar si, dentro de las motivaciones para el estudio de la medicina, influía el factor nacisista como rezago infantil. Al respondernos afirmativamente 53 estudiantes que hacían el 37.06%; luego otros 34 que afirmaban que lo hacían "a veces" con un 23.77% y, finalmente, también otros que respondían afirmativamente pero que lo hacían con "dependencia del ambiente", nos encontramos con un porcentaje elevado y significativo de 63.82%, lo que nos hace inferir la existencia del exhibicionismo como rasgo frecuente en la personalidad del estudiante de medicina.

10) *Cuáles son sus ideas de lo que vale tener prestigio?*. En la mayoría de las respuestas, el concepto de prestigio conlleva destacar y tener resonancia social; refleja igualmente sentimientos de omnipotencia y clave para la obtención de logros. El prestigio representa para muchos estudiantes una connotación casi mágica porque da lugar a la admiración, al respeto, al valer, a la fama, la grandeza, clientela y el dinero.

Entre las principales respuestas que han sido agrupadas tenemos: aceptación, influencia y respeto social con 70 estudiantes que hacen el 48.39%; recompensa, admiración, y beneficios con 43 alumnos que hacen un 30.06%; respuestas confusas, no claras se obtuvieron 13; lo que representa el 9.09% y tres probandos que no contestaron.

11) *Diga si le interesa tener poder o influencia personal?.* Las respuestas afirmativas con 100 probandos hacen el 69.93%; las negativas con 29 respuestas representan el 20.27%; luego 9 respuestas con tendencia afirmativa, mientras que 5 no contestan.

Del análisis de esta pregunta y de las respuestas anteriores, parece que el estudiante universitario de medicina percibe en el status de médico la existencia de elementos de poderío y omnipotencia. Al tener clara y rotundamente, la mayoría de los estudiantes, este sentimiento, nos hace pensar que responde a un rasgo característico de esta personalidad profesional en transición, aspecto que posiblemente decline con la adquisición del status y la maduración emocional y social posteriores.

12) *Diga si para Ud. tiene importancia el dinero?.* Las respuestas son: "si" 115 que hacen el 80.41%; "no" 26 que hacen el 18.18%. Dos estudiantes no contestaron.

Los aspectos económicos constituyen una liberación de muchas frustraciones y representan medios de consecución así como movilidad social. La carrera médica, en este sentido aparece como medio para el alcance de esos logros, por lo que se la elige como profesión.

13) *Indique la importancia de estos 3 elementos: prestigio, dinero y poder.* Los resultados nos muestran que los estudiantes le dan la siguiente estimativa: 123 consideran el prestigio como "algo" de más valor en una proporción del 86.71%; en segundo lugar se halla el dinero con un 45.45% y en tercer lugar el poder con un 44.05%.

Desde el punto de vista profesional el anhelo es tener prestigio, pero no como categoría aislada, sino como puente que lleva a la consecución de clientela y por ende a mayores ingresos. En este sentido, sólo aparentemente los estudiantes consideran al dinero en segundo lugar; en verdad el aspecto económico parece hallarse en la base de sus motivaciones que lo llevan a elegir la carrera médica.

14) *A su concepto diga, cuál; es la mejor carrera?.*

Respuestas	Nº	Porcentaje
"Medicina"	96	67.13%
"todas son buenas"	9	6.29%
varias	29	20.28%
no sabe - no contestó	9	6.29%

El hecho de que exista sólo un 67.13% de los probandos que consideren a la medicina como la mejor carrera, nos demuestra que existen fallas de identificación de muchos estudiantes con las ciencias médicas. El significado psicológico de fondo en las otras respuestas (47) es que muchos universtiarios subestiman la propia profesión que van a cultivar, la percepción que de ella tienen es de menos-valer. Esto no ocurriría si, de por medio al examen de ingreso en la universidad, existiese un análisis psicológico motivacional, de modo que pudiera darse a cada estudiante el lugar que le corresponda, evitando en consecuencia las frustraciones, los fracasos y la mediocridad.

15) *Diga Ud. si está contento con los estudios que sigue?.* La intención de la pregunta es confirmar los resultados anteriores aunque de manera directa y no velada como la precedente. Las respuestas son: "si" 137 alumnos con el 95.80%; "no" con 5 respuestas que hacen el 3.44% y, finalmente 1 alumno con respuesta no clara.

16) *Quisiera cambiar de carrera?.* Las respuestas son:

Respuestas	Nº	Porcentaje
"si"	1	0.69%
"no contestó"	2	1.39%
"no"	140	97.90%

17) *Cree Ud. que se ha equivocado de profesión?.*

Respuestas	Nº	Porcentaje
"no"	137	95.80%
"si"	3	2.25%
"no se"	1	0.69%
"no contestó"	2	1.39%

18) *A qué atribuye Ud. su primera y equivocada elección?.* La intención de la pregunta es tratar de obtener respuestas más claras y detalladas:

Respuestas	Estudiantes	Porcentaje
no hay equivocación	135	94.40%
"influencia psicológica"	1	0.69%
"situación económica"	1	0.69%
"sentimiento de inferioridad"	1	0.69%
"temor de enfermarse"	1	0.69%
"mi inseguridad"	1	0.69%
no contestaron	3	2.25%

Se observa que los factores que llevan a los estudiantes a seguir la carrera médica no solamente son de índole familiar o económica. También existen factores psicológicos como la influencia, la inseguridad, la inferioridad; del mismo modo los hay también factores neuróticos como el temor de enfermarse y muchos otros que no se expresan, pero que traducen actos evasivos para no decir una verdad "comprometedora" tanto al propio estudiante como a los demás.

19) *Que carrera es la que quisiera seguir?*

Respuestas	Estudiantes	Porcentaje
"No"	136	95.10%
"Ingeniería"	1	0.69%
"Pedagogía"	1	0.69%
No contestaron	5	3.49%

El número de los que no contestaron aumenta, en relación con las anteriores preguntas, lo que confirma la existencia de fallas con la identificación profesional.

20) *Señale con una "x" el factor que le ha determinado a seguir estudios de medicina.*

Respuestas	**Estudiantes**	**Porcentaje**
identificación con familia o amigo	4	2.79%
quiere hacer una obra que dure	22	15.38%
tiene sentimientos sociales	50	34.96%
ganar dinero	1	0.69%
ayudar a mejorar la salud	25	17.48%
le gusta la medicina	30	21.12%
Anhela conocer su enfermedad	1	0.69%
Mejorar su posición y de la familia	5	3.49%
tener fama, prestigio, ser conocido	3	2.25%
mejorar la salud de sus familiares	1	0.69%

21) *Tiene Ud. planes definidos cuando termine sus estudios?.* Se encuentran 50 respuestas que hacen un 34.96% y que se refieren a efectuar viajes al extranjero para perfeccionarse. 14 respuestas hacen el 9.79% dicen sobre planes de especialización; 49 respuestas manifiestan no tener planes lo que hace un 34.26%. El resto comunica una miscelánea de proyectos entre los que se encuentran: "ayudar a mis padres", "regresar a mi pueblo a hacer algo", "casarme y formar un hogar", "tener fama", "ejercer en un Hospital de Beneficencia", "trabajar al servicio del estado".

Es clara y muy extendida la inquietud del estudiante de medicina por efectuar viajes de perfeccionamiento, posiblemente a causa de una pauta cultural nuestra que tiende a dar mayor valor a quien ha salido fuera del país. Esto podría traducir algún nivel de inseguridad psicológica que requiere ser eliminada del yo y que, indudablemente, se consigue a través de estudios de post-grado. También, siempre en relación a la seguridad psicológica, el asegurarse un porvenir en una institución del estado es otro de los caminos a seguir en el futuro.

RESUMEN

Se hace un estudio de exploración sobre los perfiles y perspectivas de las motivaciones profesionales en los estudiantes de medicina.

Se usa en esta exploración un cuestionario con preguntas de tipo: abierto, cerrado, abanico, espiral y proyectivo, además un test de frases incompletas.

La muestra estudiada esta constituida por 143 alumnos, de ambos sexos, del primer año de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Los resultados presentados en esta publicación, se refieren exclusivamente a los obtenidos a través del cuestionario y ellos expresan sus motivaciones y los diferentes factores familiares, económicos y de otra índole que influyeron en la elección de la carrera.

Los resultados revelan también los anhelos, ideales y sentimientos de identificación con la imagen arquetípica del médico, así como sus sentimientos narcisistas de poder, prestigio, su grado de satisfacción con la carrera elegida y sus perspectivas en el futuro.

BIBLIOGRAFIA

1. ALARCON, REYNALDO. "Desajustes de la personalidad investigados Mediante el Inventario de H. M. Bell" en Rev. del Instituto Psicopedagógico Nacional, Año XVII, Nº 5. — 2. SEGUIN, C. A. Psiquiatría y Sociedad. Edit. U. S. Marcos 1962. — 3. SEGUIN, C. A. La Preparación Psicológica del Estudiante de Medicina, Edit. U. S. Marcos, 1964. — 4. WARREN, HOWARD. Diccionario de Psicología. Edit. F. de Cult. Econ. México, 1960. — 5. ZAVALLONI, ROBERTO. La Psicología Clínica en la Educación. Edit. Marfil, Alcoy 1962. — 6. ASCH, SOLOMON. Psicología Social. Edit. Eudeba, Bs. Aires 1962. — 7. SEGUIN, C. A. Higiene Mental (Curso de Pedagogía Universitaria) Public. Fac. Educ. U. S. Marcos, 1965. — 8. SIMPSON, GEORGE. El Hombre y la Sociedad. Edit. Paidós, Bs. Aires. — 9. MALLART, JOSE. "El Dirigente como conductor de hombres" en Rev. Mejicana de Psicología, Vol. I, Nº 2. — 10. CARMICHAEL, L. Manual de Psicología del Niño. — 11. MAYER, KURT. Clase y Sociedad. Edit. Paidós, Bs. Aires. — 12. DURRUTY, CELIA. "La Teoría geenral de la Acción en Talcott Parsons". Cuestiones de Filosofía, Aspectos de las Ciencias del Hombre Año I, Nº 2, 1962. — 13. DAVIS, KINGSLEY. "The Elements of Social Action" en Human Society 1948. — 14. KUNKEL, F. y DICKERSON, R. La Formación del carácter. Edit. Paidós Bs. Aires, 1962. — 15. BRENNER, CHARLES. Elementos Fundamentales de Psicoanálisis. Edic. Libros Básicos, Bs. Aires, 1961.

LA PREPARACION PSICOLOGICA DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA

CARLOS A. SEGUÍN *

El programa que hemos venido desarrollando en la Facultad de Medicina creemos que ha sido una contribución a la pedagogía médica en general y en cierta forma a la pedagogía universitaria, puesto que nos preocupabamos del hombre estudiante y no solamente del estudiante profesional.

Creo que hemos dado un paso en ése sentido, un paso que ha sido así apreciado, no solamente en nuestra América, sino, en general, en el mundo. Actualmente, en los Congresos en los que se habla de estos problemas se refiere la experiencia peruana como un ejemplo para todos los países que están tratando de organizar una enseñanza médica completa e integral; desgraciadamente, como en todas las cosas, ocurren acontecimientos extra-médicos, extra-teóricos, pudieramos decir, que impiden que estas realizaciones continúen y muchas veces interrumpen un esfuerzo dolorosa y penosamente conseguido. En nuestra Universidad, como en todas las Universidades del mundo, existen muchas veces estos acontecimientos, estos fenómenos y estas fuerzas y sería de desear que no interrumpan una labor comenzada y que ya está empezando a dar sus frutos.

El estudiante de medicina es un estudiante universitario y, por lo tanto, se parece en muchas cosas a todo lo que se llame universitario. Tiene características en este sentido bien definidas de nuestro pueblo, que hemos podido observar y comprobar a lo largo de los años de nuestra enseñanza. La primera de ellas que hemos de destacar es la siguiente: El estudiante que entra a la Universidad, lo hace después de muchos años de escuela primaria y de enseñanza secundaria, lo que

* Profesor Principal del Departamento de Ciencias Psicológicas.

significa después de muchos años de someterse a una disciplina pedagógica que, pudieramos decir, está conspirando precisamente contra la formación de su personalidad. La enseñanza en nuestras escuelas primarias y en nuestras escuelas secundarias está orientada específicamente a la transmisión de conocimientos. Y la manera como estos conocimientos se transmiten no es sino la imposición magisterial. No digamos que no se estimula al alumno a pensar por su cuenta; diríamos, que no se le permite pensar por su cuenta. Si esto, en escuelas progresistas, se inicia ya en los primeros años de la instrucción primaria, en nuestras escuelas jamás se permite ni siquiera en los últimos años de la secundaria. Si el alumno se atreve a pensar diferentemente del profesor o hacer por lo menos una pregunta aparte de los libros de texto recomendados o, lo que es peor todavía, de los apuntes de clases, será señalado inmediatamente por el profesor y, posiblemente, no tendrá muchas probabilidades de pasar su curso. El alumno está, pues, acostumbrado a oir y repetir. Esto, que ya es un peligro, aumenta todavía más cuando significa para él tener que aceptar como verdades las enseñanzas que le vienen de los profesores y de los textos. Una y otra vez hemos experimentado, con los alumnos del primer año que entran a la Universidad, este hecho. Consideran que la verdad —como si pudiera haber una verdad, ni siquiera en la ciencia— no es sino lo que el profesor ha dicho y lo que el libro ha impreso. No se permite dudar, no se permite pensar, ni tratar de llegar a su propia verdad. Necesitan urgente y desesperadamente la palabra decididora del profesor.

Esta es una de las nociones que a nosotros nos ha costado más trabajo introducr en la enseñanza. Hemos tenido hasta ahora —se ha interrumpido este año— el curso de Psicología Médica para los alumnos del Primer año de medicina. Los cursos que hemos dado —este es otro asunto en el que hemos insistido muchísimo— han tenido un mínimo de clases teóricas: el 10%, y el resto en clases prácticas. En general, la clase teórica no era sino una exposición muy general de los temas y luego los alumnos, divididos en grupos de 20, se reunían en seminarios para discutir la clase; es decir, queríamos evitar esa sensación de recibir los conocimientos y devolverlos inmediatamente como si se tratara de grabar un disco, queríamos que el alumno de este seminario pensara y repensara las nociones recibidas en la clase teórica, discutiera todo lo afirmado por el profesor libremente, que insistiera en ma-

yor número de conocimientos o mayor profundidad de ellos. Nos hemos encontrado, una y otra vez, con la resistencia del alumno para eso. El alumno quiere que se le den los datos, quiere que se les establezcan éstos perfectamente definidos y de una vez por todas. Esto se manifiesta muy claramente en un ejemplo que yo recordaré siempre: Estaba conduciendo un seminario y una de las técnicas que nosotros hemos seguido es no contestar las preguntas de los alumnos inmediatamente, sino devolverlas al grupo para que ellos la piensen, ellos las discutan y entre ellos vayan formándose y saliendo las posibilidades de verdad. Seguí esta técnica, devolví la pregunta al grupo, empezó la discusión y empezó la angustia en todos los alumnos, porque no podían encontrar en mí la respuesta definitiva. Cuando, después de un tiempo de esta discusión, comprendieron que yo no les iba a dar esa respuesta 'final" y que ellos debían buscarla entre los textos, en ellos mismos, en una translaboración de su propio pensamiento y del conocimiento en general, cuando se les dijo que ese era el papel del universitario, que ya no era el alumno del banco de la escuela, un alumno no pudo menos que decir —y estas fueron sus palabras textuales— "Pero Dr. alguien tiene que decirnos la última palabra". Para mi esta frase pinta precisamente el espíritu de los alumnos que no llegan de los colegios y el espíritu que debemos romper en la Universidad.

El alumno universitario no debe esperar la última palabra de nadie, porque nadie tiene la última palabra, ni en ciencias —no dijéramos en algunas materias que no son estrictamente superponibles a las matemáticas o a la discusión estrictamente lógica o experimental, pero ni aún en las ciencias más estrictas, ni aún en las ciencias matemáticas sabemos perfectamente que no hay nadie que tenga la última palabra— Y esto debe comprenderlo el estudiante universitario desde el primer momento y, si hubiera una última palabra hoy, debe saber que mañana es posible que sea la penúltima palabra. Y éste es precisamente el espíritu universitario, el espíritu que debemos infundir a nuestros alumnos.

Al lado de ésto existen otras cosas a considerar, que no se toman muy en cuenta en la enseñanza universitaria. Esto lo he repetido muchas veces y lo repetiré hasta que se haga conciencia en los alumnos y en los profesores. Se ha hablado mucho del papel del profesor, del papel del alumno en la adquisición del conocimiento; no se ha hablado —que yo sepa— lo suficiente del papel del conocimiento mismo,

del conocimiento en sí, que debe transmitirse. ¿Qué es lo que quiero decir con ésto?. El profesor puede tener tal o cual característica psicológica o pedagógica; el alumno puede tener, por su parte, tal o cual característica en ese sentido; pero, debemos preguntarnos siempre, ¿qué significa para el profesor y qué significa para el alumno *el conocimiento* mismo que va a impartir. El alumno, el estudiante, no aprende todo lo que se le enseña y no lo aprende, no porque no tenga capacidad intelectual, no porque el profesor no haya trasmitido los conocimientos en una forma bien planeada pedagógicamente, sino por otras razones distintas que no se toman en cuenta.

El conocimiento, sobre todo el conocimiento nuevo, es, en muchas oportunidades un cuerpo extraño que se introduce en la mente, en la emoción y en la personalidad del estudiante. Cada uno de los estudiantes lleva en sí un conjunto de conocimientos que trae a través de toda su vida, conocimientos que no están aislados como procesos intelectuales, sino que están unidos a su fondo emocional mismo y a la figura señera que le transmitió estos conocimientos. Voy a tratar de ser claro en ésto porque me parece una razón fundamental. Si a un niño, el padre o la madre, le enseñaron algo y se lo enseñaron a través de los años más esencialmente formativos de su personalidad, este conocimiento no es ni puede ser un conocimiento puro, intelectual, lógico. Este conocimiento está unido emocional, afectivamente a la figura de la persona que transmitió este conocimiento, a la figura del padre o a la figura de la madre. El renunciar a ese conocimiento, el negar ese conocimiento, significa, automáticamente, en el inconsciente del alumno, negar la figura del que se lo enseñó. Esto ocurre y, es una cosa muy conocida en los conocimientos llamemosles así, religiosos, por ejemplo, o políticos. Es una "traición" a la familia, al padre, a la madre o a las personas que formaron al niño el renunciar a ciertas posiciones en asuntos tan cargados de emotividad como las creencias religiosas o las inclinaciones políticas, pero eso mismo ocurre en toda clase de conocimientos. Entonces, este fenómeno es indudablemente muy interesante y lo hemos observado una y otra vez en los alumnos. Cuando el profesor plantea un conocimiento nuevo, que va a ir en contra de conocimientos ya adquiridos, de esos conocimientos que han sido transmitidos durante la niñez con toda la fuerza emocional y afectiva de las figuras importantes en la existencia, hay una resistencia inconsciente inmediata. Es como si se les quisiera extraer algo muy queri-

do de adentro y sustituirlo por algo de afuera; es como si se les obligara a traicionar a las figuras importantes de su infancia, y no sólo de su infancia, sus maestros primeros también cuentan. Y, entonces, la adquisición del nuevo conocimiento no es un proceso puramente técnico, desde el punto de vista pedagógico, sino es un proceso anclado en la emoción, en la biografía del individuo.

Esto lo hemos visto muy claramente en esta técnica que nosotros hemos tenido en la enseñanza. El profesor va a la clase teórica y en el seminario, ¿qué cosa es lo que observamos?. Observamos este fenómeno curioso e interesante que deben tener presente todos los profesores, no sólo los profesores universitarios, todos los profesores. El alumno ha tomado, de lo que el profesor ha dicho, una parte: la parte que su estructura psicológica le ha permitido tomar; es decir, ha aceptado una parte, ha rechazado o ignorado otra. Vemos cómo cada alumno da una versión distinta de la clase del profesor; algunos se refieren a un aspecto, otros se refieren a otros aspectos completamente distintos y se olviden de aquél y, lo que es más grave todavía, cada alumno interpreta mal lo que el profesor ha dicho y pone en boca del profesor una serie de conceptos que jamás ha expresado. ¿Por qué?. Porque está interpretando lo que el profesor dice de acuerdo con sus deseos o de acuerdo con sus temores. Eso se ve en los seminarios. Cuando uno conduce un seminario se les pregunta a los alumnos qué cosa se ha dicho en clase; se encuentra inmediatamente que uno da una versión y el otro da una versión completamente distinta y cuando se empieza a discutir, empiezan a salir las razones profundas emocionales de esta falta de comprensión y de interpretación de lo que ha dicho el profesor.

¿Qué quiere dicer ésto yendo ya al fondo de la pedagogía universitaria?. ¿Para qué sirven las clases teóricas, entonces, sino van a estar respaldadas por la práctica de seminario o un acercamiento directo a la Psicología profunda del alumno? Esto me parece a mi fundamental para toda enseñanza universitaria y no sólo, como decía, para la enseñanza de la medicina. Pero, para la enseñanza de la medicina —y voy a ser breve porque estoy tomando demasiado tiempo— hay muchos otros elementos todavía mucho más importantes. La enseñanza en cualquier otra esfera universitaria tiene que lidiar con conocimientos que pudiéramos decir —si se permiten hacerlo— extra-humanos. Tiene que lidiar con conocimientos matemáticos, conocimientos cientí-

ficos, conocimientos naturales. En medicina tiene que lidar con hombres, con seres humanos y ésta es otra cosa completamente diferente. El profesor universitario de medicina tiene que tomar en cuenta, ya no la dualidad profesor-alumno, la transacción intelectual y emocional entre profesor y alumno, ya no la diada pedagógica clásica, la diada del profesor y del alumno, sino ya una triada, en la que está el profesor, el alumno y el enfermo. El enfermo entra en el campo de la pedagogía médica, común en el médico fundamental, que no puede nunca dejar de lado. Se establece, entonces, una serie de acciones, de círculos, de transacciones y de corrientes pedagógicas y emocionales entre el alumno y el enfermo, el alumno y el maestro, el maestro y el alumno, el maestro y el enfermo, el enfermo con los otros dos y, entonces, el estudio y la enseñanza no pueden nunca ser una fría transmisión de conocimientos sino una interrelación humana complejísima, en la que los conocimientos no son sino un aspecto, una parte que debe manejarse de acuerdo con la realidad humana que está ocurriendo entre estas tres personas. Además —y para terminar por supuesto muchas cosas más podría decir al respecto—, el médico tiene que ser un hombre entre los hombres, tiene que saber manejarse como ser humano en los otros ambientes en los que debe actuar. El médico que no es capaz de manejarse con el personal subalterno, con las enfermeras, con los ayudantes, el médico que no sabe establecer relaciones con el resto del personal, es decir, con las profesiones para-médicas, los laboratoristas, los radiólogos, los asistentes, etc. ... que no sabe establecer relaciones con las familias de sus enfermos, no puede ser médico. El médico es un hombre entre los hombres y sino sabe vivir entre los hombres, no es un médico.

PREJUICIOS DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA HACIA LOS ESTUDIOS PSICOLOGICOS

SEGISFREDO LUZA *

Dos fenómenos suelen observarse en el curso de la enseñanza de la carrera médica, respecto del aprendizaje de las ciencias psicológicas. En primer lugar, cierto grado de resistencia hacia estas disciplinas y, en segundo término, vocaciones psiquiátricas tardías y en proporción minúscula en comparación con la elección de otras especialidades.

1. El fenómeno de resistencia hacia aquello que no se desea aprender conduce inequívocadamente al prejuicio. En efecto, en nuestro medio universitario, el estudiante de medicina desarrolla a través de los ocho años que dura el curriculum, un tipo de conducta antipsicológica. Prueba de ello, es la tendencia a hacer caricaturas de los profesores de las asignaturas psiquiátricas, amén de las anécdotas antojadizas, casi siempre risibles que circulan en las aulas. Y en lo que respecta al rendimiento mismo, se advierte falta de iniciativa para buscar libros de consulta; se busca la postergación de los exámenes; se adopta actitudes pasivas en el curso del dictado de las clases y, en términos generales, se tiene la experiencia desagradable de estudiar asignaturas antipáticas.

La explicación de tal prejuicio, a nuestro atender, no depende de la naturaleza de las disciplinas mismas, sino de la estructura psicológica y formación cultural del propio estudiante que, en cierto modo, distorsiona el ideal médico cuya entidad no alcanza a percibir en el curso de la carrera y, qué, paradójicamente, está más cerca de él, antes de iniciar los estudios médicos. En efecto, el análisis de los motivos que aduce el postulante durante los exámenes de ingreso para justificar su pretensión universitaria, si bien no corresponde a la índole

* Profesor Auxiliar de Psiquiatría, Facultad de Medicina "Cayetano Heredia".

esencial de la medicina, informaría, sin embargo, de cierta sensibilidad humana, pues, la inmensa mayoría de los postulantes se refiere de una manera u otra, al amor al prójimo y a la lucha contra el dolor y la enfermedad.

Tal actitud fundamentalmente humanista, no constituye por desgracia una decisión madura y racional, fruto de una educación superior, sino una estereotipia tradicional aprendida en el seno del hogar que el postulante emplea como justificación para ocultar motivaciones crematisticas cuando no desorientación y falta de cálculo vocacional.

Lo que se observa en la arquitectura mental del estudiante de medicina es el reflejo de su formación escolar y constituye al mismo tiempo, el espejo de la deficiente formación de la personalidad cuya responsabilidad corresponde tanto al hogar cuanto a la educación secundaria.

En efecto, a medida que comienzan transcurrir los diversos cursos, desde las ciencias básicas hasta las disciplinas clínica, el estudiante de medicina es víctima de la incertidumbre.

Dicho fenómeno tiene como base la inseguridad y se acompaña de una marcada tendencia hacia la dependencia. Dicho de otro modo, la incertidumbre descubre que lo que mueve al estudiante de medicina, no es amor al conocimiento ni al prójimo, sino la necesidad de saber para aquietar la experiencia penosa de la propia insuficiencia.

No sin fundamento, suponemos, que el descubrimiento paulatino de la complejidad humana tanto en el plano anatómico cuanto funcional produce miedo y temor. Se trata de la presencia de la enfermedad y de la muerte cuyo desafío sólo es posible enfrentar con la preparación y la formación profesional, es pero sin perder los límites de lo humano. Para ello es imprescindible que el estudiante adquiera los conocimientos humanistas elementales en los últimos años de la escuela secundaria mediante cursos que proporcionne la noción integral del hombre, en reemplazo de la enseñanza memorística y exclusivamente receptiva. Este conocimiento relativo al hombre y su problemática actual se perfeccionaría en la Universidad a través de la Facultad de Estudios Generales destinada a proporcionar los principios rectores que informan la interrelación de las diversas partes del saber científico y su inserción en la cultura universal. Son condiciones básicas para una labor académica seria, la integración espiritual del estudiante, una decisión cabal acerca de su vocación y una entrega total a los estudios en bien de sí mismo y de la colectividad.

Ocurre, desafortunadamente, lo contrario. El estudiante universitario durante los primeros años se enfrenta de improviso a estudios de nivel superior. No está capacitado para manejar los instrumentos ni las técnicas de la ciencia, no posee una visión universal de la cultura, no tiene conciencia de sus aptitudes, ni se considera agente de cambio social. Es más, carece de la sensibilidad necesaria para interesarse por el acontecer social y cultural del mundo y del ambiente que lo rodea; su responsabilidad para estudiar por cuenta propia es limitada. No ha logrado ordenar sus conocimientos en un sistema que evite la dispersión y el caos intelectual; no domina una lengua extranjera; ignora los conocimientos que posee a punto de no poder ordenar jerárquicamente todas las nociones relativas a un objeto [1].

La incertidumbre del estudiante de medicina como fenómeno psicológico deforma la visión de conjunto y favorece el espíritu positivista con detrimento de la entidad anímica, social y espiritual del enfermo.

2. Es sabido que todo aprendizaje es penoso. Equivale a poner a prueba la capacidad del personal, al mismo tiempo que entraña competición respecto de los objetivos de las diversas asignaturas. En efecto, en la medida que la enseñanza sea dirigida y el alumno constituya un ser dependiente el aprendizaje será tanto más mortificante. Los desórdenes psicofisiológicos que presentan los alumnos en la víspera de los exámenes demuestran el estado de tensión emocional y la inseguridad propias del alumno dependiente.

Esta inseguridad se agrava a medida que el alumno toma contacto con ciencias cada vez más complicadas, de tal manera que al pasar de las ciencias básicas a las asignaturas clínicas para cuyo aprendizaje no es menester poseer buena memoria, surge la incertidumbre. Frente al mosaico de conocimientos el enfermo se presenta como una entidad total misteriosa y desconcertante. La enfermedad toma la modalidad personal; se expresa según la índole cultural y el medio de procedencia. Esta confrontación lejos de ser beneficiosa resulta desventajosa, pues, en lugar de colocarse frente al paciente con el espíritu receptivo el alumno opone a la totalidad del paciente, la actitud temerosa del desconfiado. Se toma la parte por el todo; se desea desmenuzar como un mecanismo de reloj el conjunto orgánico para rebuscar la falla. Se desintegra al paciente y se le reduce a la calidad de un

[1] Proyecto de la Facultad de Estudios Generales, Universidad Mayor de San Marcos, 1964.

juego de rompecabezas. Y como telón de fondo está presente la inseguridad, el temor al equívoco, inclusive el arrepentimiento del alumno.

La incertidumbre es causa de la adhesión hacia las disciplinas objetivas. Por compensación el espíritu estudiantil se torna positivista. Sólo son importantes los signos objetivables por métodos sensoriales.

Y en cierto modo refuerza este inconveniente la organización del curriculum de estudios de parte de las autoridades docentes, al repartir las diversas asignaturas en un régimen cuantitativo horario sin tener en cuenta los peligros del desmembramiento. Esto conduce inequívocamente al positivismo, entendiéndose por tal, la actitud materialista y experimental del alumno. Dicho, de otro modo, la repartición de las asignaturas clínicas en diversos locales, enseñadas por docentes especializados, si bien proporciona una enseñanza cabal en cuanto a las enfermedades de los distintos sistemas atenta contra la unidad psicofísica. La enseñanza dispuesta de este modo, es asimilada por el alumno como piezas de un mosaico y de ellas, estratifica jerárquicamente, a aquellas disciplinas en las cuales está por medio la posibilidad de la muerte, y menosprecia las relacionadas con la medicina preventiva, la medicina legal y las ciencias psicológicas. Estas últimas son juzgadas como asignaturas exóticas, subalternas, ajenas al fin urgente de aprender a luchar contra la muerte. Prueba de ello, son las vocaciones precoces en favor de la cirugía y las especialidades de la medicina interna, en contraste con las tardías correspondientes a la psiquiatría, la medicina preventiva, la dermatología y otras especialidades de investigación y laboratorio. Cuando esto sucede, el idealismo científico ha sido reemplazado por la actitud práctica. La incertidumbre ha encontrado como compensación el camino seguro del diagnóstico fundado en los clásicos signos y síntomas clínicos sistematizados por el método de Laënnec, equivalente al dicho popular: "Ver para creer".

Tal proceder no tendría importancia si se tratase sólo de una de las fases del aprendizaje, lo cual dicho sea de paso, es quizás inevitable, pues, el alumno inexperto en el arte del diagnóstico y en el cultivo del trato con el enfermo, aún desconoce el don de la providencia y no se siente depositario de aquel ascendiente psicoterápico que fluirá más tarde de su simple presencia frente al lecho del paciente. Empero, infortunadamente, el amor por las disciplinas tangibles y concretas no es dilección por el enfermo, sino substituto de la incertidumbre y significa la pérdida del ideal médico basado en la tarea de restablecer la

salud psicofísica teniendo en cuenta la entidad del enfermo sin menoscabo de ninguna de sus singularidades.

El peligro aumenta aún más, si se tiene en cuenta que la época universitaria es ideal para vislumbrar la riqueza del hombre, para asomarse bien sea de manera ingenua o reflexiva, al dolor y su repercusión anímica y espiritual, período de auténtica formación a través del estudio y la meditación, edad en que se adquieren los hábitos de amor a la sabiduría y al desprendimiento. Posteriormente, el estudiante convertido en profesional deberá enfrentar los riesgos del ejercicio liberal y si ha llegado a la graduación con una visión estrecha de la esencia humana, el empobrecimiento valorativo devendrá en empirismo y en oportunismo mercantil, tal como sucede en los egresados de centros universitarios caóticos, con sobrecarga estudiantil, en donde no se cultiva el trato directo entre alumno y maestro y las disciplinas son enseñadas por el profesor frente a un auditorio masivo y anónimo.

Esta advertencia no significa, sin embargo, que la enseñanza ideal sea aquella que pretende que todos los alumnos aspiren a ser psiquiatras. Esto no, téngase en cuenta que la elección es fiel trasunto de una vocación cuyos orígenes evaden el análisis racional. En todo caso la vocación deberá comprenderse como el llamado interior que encamina al individuo a la realización de sus posibilidades en un medio que casi siempre ofrece resistencia. Por esta razón, la vocación es distinta a conveniencia. Más, es menester la valentía para lograr ser dueño de la propia elección, libre del hechizo de la ley del menor esfuerzo y la búsqueda fútil de la comodidad burguesa.

La idea precisa que motiva estas líneas se funda en la aspiración a que las ciencias psicológicas sean consideradas doctrina básica en la enseñanza de la medicina, que debe ser a la vez informativa y formativa. Informativa en cuanto trasmisión de conocimientos y formativa en relación con el desarrollo de la personalidad y de las facultades afines al espíritu médico y al don de gentes. Esto sólo será posible si las diversas especialidades solicitan el concurso de las ciencias psicológicas a fin de completar la visión del alumno respecto de la enseñanza que imparten, pues, ésta aún cuando tiene como finalidad específica el conocimiento circunscrito de la especialidad, en la práctica clínica se comprueba que el paciente no está afecto sólo de aquello que el profesor explica o demuestra, sino que la repercusión es total. Cualquier enfermedad o falla orgánica compromete la parte anímica y la conducta en general.

Corresponde por tanto a los profesores que profesan la medicina interna y las especialidades, buscar el complemento psiquiátrico para dar al alumno la visión integral de la medicina. De este modo se podrá reducir la incertidumbre y la resistencia.

3. Ocurre, empero, que la enseñanza de las ciencias psicológicas se lleva a efecto en forma aislada, como una pieza más del rompecabezas que el alumno debe armar. Si bien la nosografía psiquiátrica tiene su propio objeto, ésta sólo es la culminación de un saber previo. Antes están las orientaciones de la psicología médica, que no es la psicología enseñada a alumnos de medicina como por desgracia aún ocurre en nuestro medio en lamentable confusión de vocablos, sino aquellas directivas y planteamientos orientados a familiarizar al alumno con el trato del paciente cuya realidad anímica-corporal debe ser motivo de honda reflexión y la aprehensión dramática. La psicología médica deberá modelar la mentalidad estudiantil en la tarea de captar los fenómenos que se suscitan en el alma enferma en cuanto ser doliente, afinando las antenas de la sensibilidad, desglosando los elementos de los que se vale el ser humano para expresar su tragedia, introducir al alumno en el lenguaje y en la comunicación y proporcionarle, al fin de cuentas, el asidero para que éste vea en el enfermo la razón de su quehacer.

A continuación existe el curso de psicofisiología, llamado también psicosomática o medicina somatopsíqica. Este curso hasta la fecha desdeñado o reducido a escasas horas [2], deberá adquirir la debida importancia enseñándosele a continuación de cada uno de los capítulos dedicados a las diversas enfermedades. De este modo se completará el aprendizaje. La medicina interna proporciona el substrato corporal, la psicofisiología será el pináculo integrador de lo anterior y de lo anímico. Piénsese por ejemplo, en el angor pectoris. En la manera fría y pobre cómo el alumno interpreta este dolor angustioso cuya raíz humana compromete los centros nerviosos. Más de un alumno ve al enfermo anginoso reducido a la condición de un simple corazón que falla como si se tratase de una bomba impelente cuyas cañerías están herrumbradas, y no puede comprender la hondura de la angustia de muerte que acompaña al angor pectoris.

Si a través de los dos cursos anteriormente citados el alumno ha hecho conciencia de la naturaleza de los enfermos, habrá suficiente

---

[2] En el actual curriculum cuenta con 10 horas enseñadas en el 4º año de Facultad en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

sustento para confiar en que la psicopatología y luego la psiquiatría clínica sean vistas con simpatía y los alumnos dediquen a estas disciplinas, largas horas de estudio.

Además será necesario familiarizar a los estudiantes en el uso de los términos psiquiátricos que a menudo se presentan incomprensibles o constituyen conceptos abstractos, impalpables o etéreos. Este cometido se debe lograr desde los primeros años de la carrera. Un vocablo reúne en sí no sólo el significado de la materia que representa, sino la esencia y a veces la historia. Una palabra debidamente interpretada y analizada en su etimología proporcion mayor conocimiento de un capítulo. Tanto más si se trata de las palabras psicológicas. Una inmensa mayoría reúnen en sí la esencia del fenómeno que denominan. De este modo se vencerá la natural resistencia hacia las entidades abstractas acostumbrando al alumno al análisis histórico y semántico vinculado a las experiencias psicopatológicas.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL ESTUDIANTE

ARNALDO CANO

Estimo pertinente comunicar nuestras observaciones y reflexiones acerca de algunas características de los estudiantes universitarios afectados por nuestra influencia docente porque considero legítimo ofrecer algunos datos que, formando parte de un proceso tan complejo como es el de la educación superior, constituyen elementos de juicio utilizables para confrontaciones y reajustes ulteriores que devengan en bien común.

Nos habremos de concretar al estudiante que mejor conocemos, el de psicología de la Universidad Católica.

Hemos vencido una inicial vacilación. Puestos a pensar en una reunión para tratar acerca de la psicología y psicopatología del estudiante, nos preguntábamos si existe ya un material psicopatológico suficiente que permita deslindar lo que es expresión psicológica anormal de individuos humanos que, entre otras características tienen las de ser estudiantes, de aquellas otras expresiones, también anormales, que pudieran atribuirse, de modo directo y primario, a la condición de estudiante.

Que nosotros sepamos, no existe una forma de anormalidad psicológica propia del estudiante en tanto que estudiante. Lo que puede haber y de hecho hay, es la reacción psíquica inadecuada frente a las tensiones y presiones que pueden ocurrir en personas que estudian. El estudiante puede, como cualquier otro individuo humano, presentar anormalidad psíquica, incluso, bien lo sabemos, hasta la deficiencia mental. Y lo psicopatológico puede ser producido por agentes totalmenmente ajenos al proceso de estudiar o de aprender, e incluso a la de ser estudiante o aprendiz de algo.

En consecuencia, hemos pensado que no debemos conferir al aspecto patológico importancia mayor y que lo verdaderamente primordial es lo más extenso y utilizable, lo psicológico en general.

Nos interesa y debe interesarnos siempre, el conocimiento psicológico del estudiante y de modo cada vez más apremiante en los tiempos actuales, del universitario. Cualquiera sea el criterio sociológico o político que se quiera utilizar, tenemos que admitir que en el universitario plasma la sociedad su mayor y mejor caudal de posibilidades; en condición potencial, en él se encuentra o debe encontrarse lo que de mejor puede poseer el hombre civilizado. Si alguna forma de aristocracia debe existir, debe ser la de la inteligencia. Pero, estamos obligados a descubrirla en quien la posea en forma y características adecuadas para el menester profesional y todos debemos asumir la responsabilidad de convertir lo germinal o virtual en fruto y realidad. Y esta responsabilidad debe asumirla toda la sociedad y en modo trágicamente intenso el propio individuo inteligente que por serlo se convierte en estudiante. Ser estudiante es simplemente ser transeúnte de una vía que termina donde comienza el intelectual.

Pero, estudiante e intelectual son, concomitantemente, personas humanas y esta condición humana puede no corresponder en igual calidad superior a la condición intelectual, o a la inversa. Y del juego de estos dos factores, sin hacer intervenir otros tan importantes como el subsirato constitucional, la condición socioeconómica, etc., surgen las más variadas configuraciones y las a veces más desconcertantes e imprevisibles formas de reacción.

El psicólogo, adscrito al gremio de los llamados cultivadores de las ciencias de la conducta, cuando docente, está doblemente comprometido para interesarse en conocer a los estudiantes y, como nos ocurre en este momento, está obligado a comunicar sus observaciones. El compromiso implica la obligación de afinar cada vez más sus métodos y de no olvidar la meta: ayudar a conocer y ayudar a ser una mejor realidad.

Se acostumbra decir que la ciencia o lo científico se realizan mediante el estudio de los hechos o fenómenos. Los hechos de observación que presentamos, simples y distintos entre sí, constituyen solamente un bosquejo inicial que sólo en una circunstancia como la presente podemos presentar sin violentar nuestra conciencia. Hemos respetado siempre las peculiaridades psicológicas de nuestros alumnos y mantenido una invariable discreción que hoy no violamos, porque nada personal individual se informa, se enaltece y divulga lo positivo y, sobre todo, porque se comunican hechos observados a personas idóneas para interpretarlos. Si esto no ocurriera, estaríamos solamente

dialogando sobre terceros, con todas las características de una conversación malsana. Los hechos o fenómenos, por el mero serlo no justifican su exposición, es menester que el hacerlo sirva para algo.

Entrando en materia, hacemos una advertencia: hemos procurado evitar afirmaciones y generalizaciones extensas. Solamente presentamos observaciones y algunos comentarios con intención sugerente.

El tránsito del individuo humano en la universidad implica: una duración biopsíquica, el cero existir en el tiempo; una evolución intelectual, una maduración emocional, un desarrollo sistemático de aptitudes y una organización de actitudes y perspectivas; Además, conlleva asumir una responsabilidad e integrarse en un determinado grupo humano organizado.

Pero, el dicho tránsito está, en gran medida, condicionado por las características personales previas, lo que podría denominarse la personalidad pre-universitaria.

Los alumnos que ingresan a psicología en la U. C., han cursado dos años de Letras. Aún no hemos logrado que se nos autorice la admisión de alumnos que hayan estudiado ciencias criterio que venimos manteniendo hace varios años. Los de las primeras promociones, verdaderos pioneros de la profesión, ingresaron a la Universidad alentados por otras vocaciones.

Muchos se inscribieron e iniciaron los estudios. Las irregularidades propias de algo que comienza fueron sufridas con estoicismo entusiasta y sirvieron para afianzar la vocación de unos pocos y orientar, a los más, hacia otras profesiones. Alumnos y profesores eran principiantes que empezaban una experiencia arriesgada donde más arriesgaba el alumno que el profesor. Esta penosa e inevitable etapa se tradujo en deserción cuantiosa de ambos. Los que persistieron fundaron la verdadera escuela actual. La comunicación entre alumnos y docente era más intensa, se intercambiaban inseguridades y esperanzas y se estableció una suerte de amistad que aún perdura y sirve, a quienes seguimos enseñando, como soporte espiritual invalorable. Promociones posteriores, más numerosas, más estratificadas, con una visión menos nebulosa del porvenir, con más exigencias, con incipientes ejemplos que consideran dignos de imitación, han producido, eventualmente una menor comunicación, sin llegar a niveles inconvenientes.

Años más tarde, se estableció un examen de admisión. Es la única escuela que lo ha impuesto. Su finalidad no es la rígida selección eliminatoria para cubrir un número de vacantes. Es la de admitir a

a quienes, hasta donde es posible la evaluación, denotan aptitudes, vocación y ausencia de conflictos actuales o potenciales. A quienes no se admite, se les entrega un informe que, además, de explicar los motivos de la no admisión, señala lo que más conviene al postulante. Con este procedimiento el ausentismo o el abandono de los estudios se ha reducido considerablemente.

El que exista un procedimiento de selección, aunque superficial, ya establece una cierta homogeneidad psicológica. Los estudiantes que ingresan a psicología tienen un nivel mental superior al promedio. Una capacidad de abstracción, de razonamiento lógico y de comprensión de situaciones superior al promedio de estudiantes de la Facultad de Letras. Además, presumimos, como emocionalmente más equilibrados. Debe dejarse constancia de que en cada promoción se admite algunos estudiantes en los que esta última condición no se cumple. El motivo, aparte del humano de no rechazar sistemáticamente a quienes no cumplen los requisitos mínimos, es el de comprobar los resultados en el curso del tiempo y, si es posible intentar aprovechar lo potencialmente conflictivo convirtiéndolo en algo positivo, ya que quien conoce en la propia experiencia vivida un conflicto anímico superado puede, en muchos casos, comprender mejor de los demás. Esta experiencia está todavía en proceso de investigación y no queremos adelantar resultados.

Un fenómeno frecuente entre los estudiantes que desean seguir psicología es la motivación que verbalizan para justificar su vocación: "quiero conocer el modo de ser de los demás... quiero ayudarlos... frecuentemente mis amigos me consultan sobre sus problemas y me hacen confidencias". Investigación hecha en otros centros de instrucción relacionando las frases así elaboradas con las opiniones dadas dos o tres años más tarde nos han demostrado la insinceridad o la falta de información o de autocrítica que las sustenta.

No hemos hecho análogo estudio con nuestros estudiantes de psicología; pero, la observación seguida en dos o tres años nos demuestra que más válido es el deseo de saber en general, que el de saber cómo son los demás.

La mencionada selección, aparte de tamizar al grupo, establece una diferencia importante en relación con los estudiantes anteriores; pero, no es posible atribuirle todo el papel discriminador. Las diferencias también se deben a que la profesión empieza a ser más divulgada; ya hay estudiantes de secundaria que conocen su existencia y de-

sean ser psicólogos profesionales. Esto que es una indudable ventaja, entraña un riesgo. Las vocaciones no se orientan en nuestro medio. Factores nimios, a veces mezquinos, determinan el deseo de seguir determinada carrera. (Ciencias sociales, arquitectura, ingeniería electrónica y, algo también la psicología, están mereciendo un creciente interés). Esto hace necesaria la selección. Todos sabemos que la falta de aptitudes es elemento determinante de fracasos que muchas personas reaccionan ante el fracaso con sintomatología mental inconveniente y perdurable.

Los jóvenes que estudian psicología en nuestra universidad no tienen una información suficiente acerca de la profesión. Esto no debe causar extrañeza, si se piensa que hay un número exiguo de psicólogos graduados y que la profesión de psicólogo, no es conocida en la comunidad, como las demás profesiones, con tradición, con esquemas que el hombre común ha incorporado a su experiencia.

El esquema del psicólogo, existe; pero es proteiforme. Según la circunstancia o lo que a las gentes les convenga, estiman que el psicólogo es un mago, adivinador de intenciones y consecuencias, o un charlatán pedante; un estudioso de asuntos baladíes a los que pretende convertir en ciencia con sólo adjudicarles una terminología esotérica. En fin, podría extenderse la relación. Lo importante es que estos prejuicios (a veces con algún fundamento) operan y condicionan vocaciones.

Hay jóvenes que ingresan a la Universidad con el propósito de estudiar psicología y transcurren los dos años del bachillerato en Letras con una especie de desapego, por los estudios, como quien está en un remanso de su formación profesional. Por leyes de menor esfuerzo, por mecanismos de racionalización (podrían decir algunos) el joven estudiante clasifica los cursos que debe estudiar y aún los temas parciales, separando los que considera que pueden convenirle para su futura carrera. Esta actitud se mantiene, a veces, en los estudios específicos de la profesión. Actitud inconveniente, reveladora de insuficiente autocrítica, de encubrimiento de deficiencias o de dificultades en el rendimiento o de comprensión descabal de los propios fines o de orientación de la agresividad hacia objetos secundarios.

La imagen del psicólogo que pueden llegar a ser, se va configurando con mayor precisión en la mayoría de los casos de una manera más precisa y real. Los primeros estudiantes querían ser algo; pero ese algo era más nebuloso. En ventaja tenían un mayor entusias-

mo y una actitud deportiva o de competencia leal, "había que hacer algo y hacerlo lo mejor posible, con el propio esfuerzo. Ahora, la actitud tiende a ser: "yo ya voy entendiendo lo que puedo llegar a ser y lo que me conviene ser y hacer y lo que me conviene que hagan otros por mí y lo que puede exigir que se haga".

Estas frases intentan condensar una actitud compleja, de la cual se puede obtener mucho provecho. Ciertamente que constituye un estímulo proficiente, que beneficia a la Universidad en la medida en que ésta responda a las expectativas.

Pero, surge un primer problema: las necesidades de alumnos y profesores no concuerdan entre sí y no concuerdan con las posibilidades de cada cual y mucho menos concuerdan con las posibilidades de la institución y las de ésta con las de organismos de más elevada jerarquía o poder. Y si aparte de mencionar necesidades hablamos de valoraciones y de variaciones en las expectativas en el transcurso del tiempo, apreciaremos que el clima todo de la universidad (y ahora puede extender esto a la universidad como institución nacional) está impregnado de una espesa niebla que entorpece la visión clara de la realidad de los demás y de las circunstancias ajenas. Y el esfuerzo por lograr la seguridad interior amenazada promueve a la unión o agrupación y a la acción de masas. Pero, si por sólo este motivo las gentes se agrupan tenemos que inferir que sus acciones corren el riesgo de estar viciadas de nacimiento.

Nuestros estudiantes de psicología se han caracterizado por mantener su individualidad y sin desmedro de ella, han constituido siempre grupos bastante homogéneos en sus intereses. Se ha superado fácilmente el aparente inconveniente de ser predominantemente del sexo femenino. Hay promociones con solo un varón.

Las presiones ejercidas sobre los alumnos en el primer años son muy leves. Tenemos que reconocer que esto ha sido una falla. Animados por el propósito de no presentar una exigencia frustradora se alivió considerablemente el curriculum y los horarios. Los resultados fueron contraproducentes y serán debidamente enmendados. El alumno necesita y exige trabajo y supervisión.

A diferencia de lo que ocurre en otras facultades, el estudiante de psicología (incluso el de otras universidades) quiere aprender; no se limita a pretender lograr un título al cabo de algunos años de supervivencia. Es deseable que esta actitud se mantenga y se extiende a

otros grupos de estudiantes. No es nuestro deseo entrar en interpretaciones de este fenómeno o de sus causas.

Las presiones posteriores (segundo año de estudios) son mayores. Al alumno le falta tiempo para cumplir su trabajo, a veces se siente abrumado. Elude obligaciones, racionaliza esta actitud. Se organiza la agresividad, se cohesiona el grupo; se producen deserciones; antes, ausentismo y protestas veladas y desembozadas. Pero, se afirma la vocación y empieza realmente el camino del psicólogo.

No hemos encontrado reacciones neuróticas en el curso de los estudios, como fenómeno de aparición actual. Las hubo solamente en estudiantes que previamente a su ingreso ya habían sido calificados como tales. Por lo general leves crisis de disregulación emocional ante un examen frustráneo o una calificación considerada injusta. Como es excepcional que el estudiante tenga un insuficiente nivel intelectual, el fracaso asume características más graves, es un fracaso personal. Se revierte contra el profesor, el sistema, los compañeros, etc. No es menester hacer calificaciones aparentemente dinámicas de estos fenómenos. Son, en la realidad, sumamente infrecuentes.

La adquisición de conocimientos y el adiestramiento en la aplicación de pruebas mentales constituyen un proceso interesante. De una parte, el estudiante parece adquirir una seguridad mayor, dispone de un instrumento y lo aplica con mayor o menor acierto. Incurre en varios errores:

1. Sobre-estima el valor de lo instrumental.
2. Descuida el estudio del aspecto teórico y doctrinario concomitante.
3. Desdeña la práctica reiterada, la repetición numerosa, muy numerosa, de procedimientos, que es la base de la experiencia.
4. Pretende informarse de nuevas pruebas. Considera que conocer el material, la forma de aplicación y la de aplicación de una prueba, es conocerla debidamente.

En estas circunstancias el estudiante afronta el estudio de casos y experimenta la insuficiencia del afronte instrumental y el deseo aún prematuro de aprehender una realidad inasible, por compleja y desbordante. A los docentes nos ha faltado el medio para imbuir en el estudiante el sosiego y la espera confiada. Este malestar explica la ur-

gencia de conocer más y más pruebas y el deseo de ahondar en algunas a las que se les quiere atribuir virtudes que no poseen. Nos olvidamos de que la herramienta no hace al artífice, aunque ambos hagan la obra.

En otros grupos, el fenómeno es diferente. Se desdeña lo instrumental y sobrevalora lo teórico. Se incurrirá en desmesurada interpretativa. Puestos a escoger entre ambas posturas inadecuadas, nos quedamos con la primera, la que domina en nuestros estudiantes, porque el remedio es más fácil de entrar y aplicar debidamente.

Mucho habría por decir. Tenemos un material bastante detallado de información documental individual, de cada alumno de sus trabajos, las tesis que han presentado, muy escasas todavía. Muy pocos se gradúan. Trabajan como psicólogos sin título. La sociedad los reclama y utiliza. Pero llegará el momento de exigir el título. Y convendrá que lo obtengan. Cuanto más se tarde en resolver este problema, más grave y difícil será la solución. Admito que los profesores somos los responsables.

Con esto quiero terminar. No podemos hablar de psicopatología. Los casos psiquiátricos son extremadamente reducidos (solo dos entre aproximadamente noventa alumnos que han pasado por nuestra escuela) ambos previamente perturbados.

Las diversas modalidades de reacción en el status estudiante no han sido suficientemente distinguidas entre lo que es individual y lo que es fenómeno de grupo. Este asunto está en estudio.

Pero, estimo que lo más importante es el estudio del binomio estudiante-profesorado. No se puede hacer separación, salvo para el análisis. Pero, el conocimiento es síntesis, el método es análisis. Y lo que necesitamos es síntesis y evaluación de perspectivas. Las que ahora afrontamos son halagüeñas. Nuestros alumnos procedentes de grupos socioculturales más elevados que el promedio universitario, con capacidad intelectual igualmente superior, animados, en términos generales, por vocación auténtica (no siempre muy manifiesta) sin mayores urgencias o exigencias económicas, están seriamente comprometidos por la comunidad para rendir lo que la sociedad les demande. El papel que corresponde a los docentes y organizar las aptitudes y fomentar el despliegue de disposiciones; el de la Universidad, como organización impersonal, es el de facilitar los medios. La conjugación de estos elementos tiene, necesariamente que dar frutos valiosos.

Creemos que los estudios sobre psicología del estudiante aún están por empezar a organizarse. Es tiempo ya de que se emprenda tareas de gran aliento, con método riguroso, objetivos definidos y recursos adecuados. En este sentido, proponemos a los organizadores de este certamen, la formulación de un plan de trabajo, ceñido a las pautas que rigen la investigación psicosocial. Los esfuerzos aislados, no por loables son necesariamente fructíferos. Si algo así se organiza, estamos seguros de que alumnos y profesores de psicología de la U. C. prestarán su más decidida colaboración, porque si algo nos caracteriza es el desinteresado deseo de aprender y colaborar.

EL PSIQUIATRA Y LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA: SU ROL FORMATIVO Y TERAPEUTICO. LA CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA DE SAN MARCOS

César A. Delgado Hurtado

La naturaleza misma del Symposium sobre Psicología y Psicopatología del estudiante, realizado a nuestra iniciativa, es ya indicativa del tipo de preocupación y de la labor que a una institución psiquiátrica moderna corresponde en la comunidad y más particularmente en la comunidad universitaria.

En efecto, no es la locura el tema único o primordial alrededor del cual gira nuestro temario. Hasta ahora se han expuesto temas relacionados con la naturaleza de la vocación o las motivaciones del estudiante para elegir la profesión de Médico, las características psicológicas del estudiante de Medicina, en San Fernando, los prejuicios de unos estudiantes respecto a ciertas áreas del conocimiento, como ser la Psicología, y las características de personalidad de los estudiantes, particularmente de Psicología.

El trabajo que ahora presento a Uds. no viene a ser sino la pieza a ensamblar en este aparato del Symposium, para exponer las razones en que se basa la creacción de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Concretamente, la Universidad es una institución al servicio de la comunidad. Su importancia precisamente reside en que el más alto porcentaje de los leaders o conductores de la comunidad proviene de entre los graduados universitarios. De ahí que cuanto mejor sea la Universidad tanto mejor serán los líderes y en consecuencia la comunidad. Ahora bien, las funciones de la Universidad, y de las instituciones docentes en general, pueden dividirse básicamente en dos:

1. Informativa

2. Formativa

La función informativa consiste en la transmisión de conocimientos, algo así como la enseñanza de técnicas, para preparar a los diferentes profesionales en las diferentes labores de la vida diaria.

En cambio, la función formativa, como su nombre lo indica, consiste en "formar" o sea educar. Esto significa proporcionar las bases psicológicas para que el estudiante llegue a madurar y sea un profesional adecuado en términos, de su función social. El conocimiento académico ganado por el estudiante, ya sea que se dedique a los negocios, la enseñanza, medicina, leyes, teología u otra profesión, no es más importante que su actitud con respecto al material que ha aprendido y su relación con la situación en que él tiene que trabajar. ¿De qué sirve que una Universidad otorgue el título de abogado si este hombre va a utilizar sus conocimientos para burlar la ley? ¿De qué sirve graduar contadores, médicos, etc. si su función no va a tener un contenido social? Aquellos que llegan a ser los conductores o leaders en sus respectivas comunidades, particularmente necesitan de la actitud madura engendrada por un conocimiento profundo de la conducta humana y la sensibilidad alerta, o emoción social, por las necesidades y los derechos de todas las personas y miembros de la comunidad. Cada persona siente que hace uso de sentido común en sus actividades y que ésto es suficiente. Pero el sentido común es una facultad muy compleja y frecuentemente no se puede confiar en él, a no ser que sea ayudado por un entrenamiento especial para cambiar lo que en él haya de inadecuado. Como dijo el Rector Angell de la Universidad de Yale en los Estados Unidos: "Enviar hombres al mundo, en cualquier cantidad, ostensiblemente bien entrenados para posiciones responsables en la vida, cuando ellos realmente sufren de serios defectos en su equilibrio emocional y carácter, que por seguro impedirán su éxito profesional, es cumplir muy deficientemente las obligaciones básicas de la función de la Universidad, tanto para el individuo estudiante, como para la Universidad misma".

En relación con todo ésto el psiquiatra, que se familiariza con los elementos de la Universidad u otra institución docente, y el estudiante, en particular, se coloca en una posición muy útil para ayudar en el entendimiento y desarrollo de esos factores que promueven la formación de un juicio maduro y sensato, libre de prejuicios. Dicho juicio debe acompañarse de una sensibilidad o inquietud social por las necesidades y los derechos de otros. Y además promueve la integridad moral del carácter. Existen informes de la salud estudiantil en Estados Uni-

dos que señalan que por lo menos el 10% del estudiantado requiere ayuda para resolver sus problemas emocionales que obstaculizan su rendimiento escolar. Más de la mitad de la totalidad de los estudiantes que ingresan a la Universidad, en los Estados Unidos, no permanecen un tiempo lo suficientemente largo para obtener su grado. Es posible que muchos de ellos abandonen sus estudios por circunstancias que podrían ser prevenidas o modificadas. Aquellos que abandonan el aula debido a sus problemas emocionales pueden cambiar su vida entera de una manera indeseable. Esto causa una pérdida a la sociedad en términos de una contribución a la cultura. Sus aspiraciones ciudadanas quedan frustradas. La Universidad pierde también porque ha invertido tiempo, dinero y esfuerzos en el estudiante, que es parcialmente perdido cuando su desorden emocional resulta en el abandono de sus estudios universitarios.

Muchos estudiantes con problemas emocionales, sin embargo, no abandonan sus estudios. Ellos se gradúan y como consecuencia su desadaptación es llevada al seno de su familia, profesión y la vida de la comunidad.

Es conveniente considerar que si bien la excentricidad y la originalidad no son necesariamente inseparables, se les encuentra frecuentemente juntas. Una actitud de tolerancia por la personalidad no usual, debiera ser, pues, más grande en la comunidad universitaria que en cualquier otro lugar de la comunidad. Esto está relacionado con el hecho de que solamente el individuo maduro emocionalmente está capacitado para tolerar la amenaza implícita que existe en uno que difiere grandemente de él en pensamiento y conducta.

Todo ésto debe ser conocido y practicado en la comunidad universitaria. Es más, el tener conciencia de los factores que contribuyen a una vida efectiva y armoniosa no es nunca más un lujo, sino una necesidad en aquéllos que participan en la educación universitaria hoy día.

En suma, se considera que instituciones de educación superior deben ampliar su concepto de la educación para incluir en adición al objetivo del desarrollo intelectual el otro del desarrollo de la madurez emocional.

El psiquiatra, en la actualidad, ha dejado de ser puramente el "loquero" para llenar una función mucho más amplia. Antes de la guerra, la psiquiatría fue considerada largamente en términos de diagnós-

tico y tratamiento del enfermo mental. La experiencia de la guerra, sin embargo, ha probado que el bagaje de ideas y conocimientos teóricos en el terreno de la Psiquiatría es muy grande y que estos conocimientos favorecen y son frecuentemente esenciales en el desarrollo de muchas áreas afines del conocimiento, como son la educación, la industria, las distintas actividades de relaciones humanas, etc. De modo que en los Estados Unidos de Norte América existen psiquiatras en los servicios de salud del estudiante, desde 1920. En la actualidad hay más de 500 psiquiatras que actúan como consultores en instituciones docentes y un número de ellos se dedican a su función en la universidad, a tiempo completo.

LA NECESIDAD DE LA AYUDA PSIQUIATRICA EN NUESTRAS UNIVERSIDADES: LA ASISTENCIA CLINICA Y LA GUIA PSICOLOGICA (FORMATIVA)

Con respecto a nuestras Uiversidades no tenemos estadísticas acerca de cómo los problemas emocionales han influido en la marcha de nuestras instituciones docentes. De otro lado aquí los problemas sociales tienen características propias, de acuerdo a nuestra cultura. Justamente una de las recientes corrientes de la Psiquiatría Moderna es lo que se ha dado en llamar la Psiquiatría Transcultural. Esta corriente pone el énfasis en cómo la cultura da forma y tipifica los problemas emocionales y psiquiátricos, en general, de acuerdo a características que le son propias. Así poi ejemplo un psiquiatra que visite Haití puede recoger la impresión de que alli no existen reacciones depresivas en el sentido clásico de la palabra. Vale decir un cambio de ánimo hacia la tristeza, un retardo psíquico, y motor, insomnio, anorexia, etc. Sin embargo los estudios más detallados de psiquiatras transculturalistas han encontrado que la depresión sí existe en Haití, sino que en el cuadro clínico predomina las ideas paranoides. Estas, al mismo tiempo, constituyen una tendencia que en grado menor está generalizada en ese país y forman lo que podría denominarse el espíritu nacional. El saber popular, de otro lado, a tipificado al escocés como tacaño, al andaluz como cuentista, al alemán como estricto, etc. De igual manera, podríamos decir que nuestro país tiene ciertas características culturales propias y este tema lo desarrollaremos en otra ocasión. Quisiera solamente remarcar su tendencia a la creación de mitos y su tenden-

cia a posponer. Esta última constituye un fenómeno cultural que llama la atención en culturas como la de Estados Unidos y Canadá donde el promedio de las personas han sublimado y usan diariamente sus tendencias obsesivo compulsivas en forma socialmente útil. En esas culturas se ridiculiza y se hace broma acerca del término "mañana" que se usa entre nosotros con demasiada frecuencia para realizar cualquier cosa, y que incluso se ha llevado al arte a través de una canción brasileña. Parece que mañana no tuviera el significado de el día siguiente, sino que ese día vendría a tener el significado, probablemente bíblico. Y en realidad muchas veces "mañana" nunca se cumple. Por una curiosa razón este fenómeno no tiene un nombre castellano, sino en una lengua de países donde casi no existe. Los estadounidenses lo llaman "Procrastination". Desde ahora sugerimos la castellanización de tan importante vocablo, para darle nombre a nuestro enemigo común. Es por esta razón que nosotros comenzamos a luchar aquí y ahora en contra de la procrastination en asistir psicológica y psiquátricamente y en forma adecuada a nuestra población universitaria y por ende a la comunidad, a través de nuestra Clínica Psiquiátrica Universitaria.

Al presente, la explosión demográfica en nuestro país, el incremento de la inmigración interna hacia Lima y la multiplicación de universidades, así como su tendencia a la gratuidad, han hecho que la población estudiantil, particularmente en Lima, crezca notablemente y es de suponer que los problemas emocionales del estudiante sean mucho más numerosos ahora, lo cual hace aún más necesaria la ayuda del psiquiatra en la Universidad. Dicha ayuda para resumir, habría que considerar fundamentalmente dentro de la función formativa de la Universidad, pero además, puede abarcar un tanto la función asistencial.

La Clínica Psiquiátrica Universitaria que la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha creado a través del Departamento de Ciencias Psicológicas, en el Hospital "Víctor Larco Herrera", está cumpliendo estas funciones. En sólo unos cuantos meses de funcionamiento ha prestado ayuda a numerosos estudiantes de distintos centros de enseñanza y en su mayoría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Las estadísticas son bastante significativas. El funcionamiento de la Clínica tuvo que ponerse en marcha hace meses y después de planearla y organizarla durante un año. Ello se hizo así, precisamente, para librarnos del síndrome cultural de la "pro-

crastinación". Pero es necesario señalar que al obra emprendida no se ha ceñido precisamente a las recomendaciones de la técnica de administración hospitalaria, según la cual debe contarse primero con una partida y el personal permanente nombrado, antes de poner en funcionamiento la organización hospitalaria. Para suplir este inconveniente la Clínica se ideó, se organizó y se puso en funcionamiento basándose en su naturaleza docente como un medio de obtener las afiliaciones académicas que provean un número adecuado de terapistas.

La experiencia nos ha demostrado que el entusiasmo, el talento y la capacidad de trabajo de un grupo relativamente grande de profesionales y estudiantes ha podido realizar una Clínica modelo, donde se dictan clases, se hace psicoterapia, se dan tratamientos biológicos, se practican deportes, se hace arte terapéutico, se dan conferencias, se proyectan películas, se realiza seminarios, etc.

Sólo nos cabe esperar que esta obra sea aquilatada en toda su dimensión por las autoridades universitarias y se atienda sus necesidades adecuadamente a fin de que lo que ha comenzado tan exitosamente sea sólo el comienzo de una obra siempre mejor, al servicio de la Universidad. De no ser así el entusiasmo seguirá el curso natural que siguen los ideales que no llegan a la meta y la Universidad perderá una institución que cumple una función insustituible.

LA CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA UN NUEVO TIPO DE ORGANIZACION HOSPITALARIA Y DOCENTE EN EL PERU

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, decidió crear la especialización en Psiquiatría hace apenas algo más de un año. Con este motivo el Dpto. de Post grado de la Facultad estableció el período de "Training" por tres años, a la manera como se hace en los Estados Unidos de Norte América. Esta responsabilidad recayó entonces en lo que corresponde a la Cátedra de Psiquiatría y que actualmente se llama Dpto. de Ciencias Psicológicas. Dicha especialización se hace a través de un programa de trabajo clínico en Psiquiatría y tiene lugar en diversos hospitales.

Con este motivo recibí el encargo de organizar el entrenamiento post grado de Psiquiatría en el Hospital "Víctor Larco Herrera" a mediados del año pasado, 1964. Por entonces sólo contábamos con el Pabellón Docente, que es el número 8. Este pabellón como los del resto

del hospital es antiguo y su condición general es precaria. La mayoría son pacientes mentales crónicos y el grado de deterioración es variado, siendo bastante marcado en muchos de ellos. Así las circunstancias surgía la imperiosa necesidad de conseguir las facilidades físicas elementales para montar oficinas que fueran consultorios para los psiquiatras en training como para los psicólogos, asistentas sociales y el personal para médico que conforman el equipo de tratamiento psiquiátrico en una institución moderna. Era pues imposible usar el Pabellón Nº 8 como único para dichas actividades y los pacientes ciertamente no eran el material didáctico adecuado a este tipo de especialización, debido al deterioro mental de la mayoría de ellos. Fue así como el Decano de la Facultad de Medicina concedió un local que había sido construido para laboratorio y que había estado cerrado varios años. Este local, que tiene la apariencia de un chalecito moderno, hubo que someterlo a unas cuantas modificaciones y luego de amoblarlo y decorarlo quedó adaptado a lo que vino a ser la Clínica Psiquiátrica Universitaria, inaugurada el 22 de julio de este año. La Clínica es propiedad de la Facultad de Medicina, pero esta ubicada en el interior del Hospital "Víctor Larco Herrera", por lo cual hubo algunas dificultades que se vencieron fácilmente.

Dicha unidad es nueva en el más amplio sentido de la palabra y es fundamentalmente una entidad docente, donde se especializa por primera vez aquellos médicos que se decidan por la práctica de la Psiquiatría. Esta nueva unidad psiquiátrica se convertirá en un activisimo centro universitario que cumplirá las más variadas funciones y de acuerdo a las más recientes orientaciones psiquiátricas de los centros psiquiátricos más avanzados del mundo. Las funciones de esta unidad psiquiátrica pueden dividirse en tres fundamentales.

1. Asistencial
2. Docente
3. Investigación

En general dicha unidad psiquiátrica es una innovación, que revoluciona todo lo anteriormente conocido, establecido en dicho Hospital, y así tenemos que en lo asistencial provee la asistencia pisiquiátrica de tipo ambulatorio con énfasis en psicoterapia, farmacoterapia, etc. que le permitirá ser el consultorio externo del Pabellón Docente (Nº 8).

de un lado y de otro lado se transformará en un Hospital Diurno como en los más modernos centros médicos del mundo, donde los pacientes serán expuestos durante el día a un tratamiento intensivo que incluya métodos de asistencia y rehabilitación no usados o muy poco usados entre nosotros. Así dichos pacientes, fuera del tratamiento medicamentoso o biológico, tienen largas sesiones de Psicoterapia en forma regular, participan en sesiones de grupo, laborterapia o terapia ocupacional, terapia recreativa, el cine, la pintura, la danza, etc. Con este fin, fuera de los psiquiatras, colaboran personas de distintas profesiones, en particular estudiantes de esas profesiones que trabajan como parte de su training logrado a través de afiliaciones universitarias con la Clínica Psiquiátrica Universitaria.

En cuanto a la segunda función, o sea la Docente, esta constituye asimismo una innovación; por primera vez los médicos que han sido seleccionados y admitidos en la Facultad de Medicina para seguir estudios de Post-grado en Psiquiatría tienen aquí su centro de operaciones y trabajan con pacientes seleccionados, a quienes dedican suficiente tiempo para las entrevistas.

Sin embargo la labor docente funciona, además del nivel de postgrado con el confort y la organización de dicha unidad, que son nuevas en el Hospital "Víctor Larco Herrera". Dicha labor docente sigue desarrollándose y se está haciendo extensiva para el training de profesiones, afines como Psicología Clínica, Asistencia Social, Enfermería, Educación Física, Dietética, Arte, etc. Otra área no muy académica, pero no menos importante es la divulgación de los conceptos de higiene mental y la guía Psicológica del psiquiatra en las diversas áreas de la comunidad.

En cuanto a la función de investigación, ésta apenas puede vislumbrarse; de inmediato está orientada a experimentar con los psicofármacos a introducirse en la Clínica, así como al estudio de las plantas nativas con cualidades psicofarmacológicas. En suma puedo decir que la unidad psiquiátrica toda desde su funcionamiento como una Clínica Moderna interesada en el uso de la "milieu therapy" y las técnicas que ponen el énfasis en motivar y remotivar a los pacientes a través de un contacto más humano y más personal, es desde su inicio una obra de investigación clínica.

Quiénes son los pacientes de esta moderna y acogedora Clínica? Esta Clínica psiquiátrica estará abierta en primer lugar para aquellos

pacientes a quienes sea suficiente un tratamiento ambulatorio con psicoterapia o drogas, o ambas a la vez, debido a razones de carácter emocional, de personalidad o problemas situacionales, no suficientemente severos para requerir su hospitalización a tiempo completo y que sin embargo seguirán un esquema estructurado de actividades como parte de su programa de tratamiento. Otro grupo de pacientes será formado por aquellos que están en el período de abandonar otros hospitales psiquiátricos y que puedan necesitar por un período de tiempo el programa hospitalario basado en la extructura de tratamiento soportivo durante el día.

Convencido, como estoy, de la necesidad de la guía psicológica del psiquiatra en la Universidad, ha sido de mi mayor interés ofrecer el servicio de la Clínica a los estudiantes de las distintas universidades y las estadísticas que tenemos a la vuelta de 8 meses son de lo más significativas.

La Clínica, en sí, por su arquitectura y por su funcionamiento parece más un club que una organización hospitalaria y es que su ambiente es y tenía que ser acogedor tanto material como espiritualmente para proporcionar la terapia de Milieu, el instrumento, quizá más importante en el programa de rehabilitación del paciente.

A diferencia de pabellones donde para varios cientos de pacientes hay un médico o varios, la Clínica se ha propuesto tener el mismo número de personal que de pacientes. Esto desde luego plantea el problema de la inversión o gasto que acarrearía a la Facultad, dado que no pensamos en cobrar honorarios por la atención psiquiátrica. Esto entonces se logró con el "Milagro" de las afiliaciones universitarias. En otras palabras, fuera del psiquiatra en training que tiene un sueldo por la Facultad, hasta ahora tanto el Director como los otros dos psiquiatras no perciben sueldo sino que pertenecen a la docencia del Dpto. de Ciencias Psicológicas. De otro lado en el transcurso de sólo 8 cortos meses las filiaciones académicas con la Escuela de Asistencia Social, la Escuela de Bellas Artes, el Instituto Nacional de Educación Física y la Escuela de Dietistas, nos ha permitido en la actualidad, junto con los otros profesionales psicológos, psiquiatras y enfermeros llegar al número de treinta, sin que le represente gasto alguno a la Universidad ya que estas personas realizan su trabajo como parte de su training y reciben enseñanza en lugar de sueldo.

El sistema de trabajo es el de el "team approach", o sea el trabajo mancomunado en equipo. Así por ejemplo los estudiantes de Bellas Artes son los que administran el tratamiento denominado arte terapéutico. Los estudiantes de Educación Física y las "auxiliares voluntarias" proveen la terapia recreativa, unos mediante los deportes, las otras mediante el juego y diversas actividades. La laborterapista se encarga de la terapia ocupacional en forma variada, como es el cultivo del tejido, tallado, fabricación de objetos para el hogar, etc. Posteriormente organizaremos la terapia industrial. Estamos haciendo los arreglos para obtener que estudiantes de ballet se encarguen de la terapia por la danza y la gimnasia. Una estudiante de Asistencia Social ha organizado el club de pacientes. Las estudiantes de dietética han hecho hallazgos de lo más significativos acerca de la dietética en el Pabellón Docente y han propuesto las medidas para corregirlos, así como también han organizado la cocina. Los enfermeros y enfermeras han cumplido funciones muy variadas y han sido los administradores de la Clínica. Todos ellos tienen conferencias, reuniones clínicas y las denominadas "sesiones de personal" en que todas estas personas no son simples trabajadores de la Clínica, sino que constituyen un grupo y actúan como tal exponiendo sus puntos de vista acerca del funcionamiento de la Clínica en sus respectivas áreas, teniendo en cuenta siempre la visión más integral del paciente.

En este esfuerzo pionero han depositado no sólo entusiasmo, sino talento y capacidad de trabajo un grupo grande de universitarios, estudiantes y profesionales. Frente a ello hemos visto complacidos que no estamos solos. El interés puesto en la institución por el Jefe del Dpto. de Ciencias Psicológicas, Dr. C. Alberto Seguín, nos hace pensar confiados que ese interés se hará cada vez mayor, en mérito a los resultados extraordinarios, palpables y sin precedentes locales. Como si esto fuera poco todo ello se ha obtenido en sólo pocos meses y sin contar con personal permanente ni a sueldo. Lógicamente, en este estadío de evolución, impone encarar la organización con un criterio de administración hospitalaria. Con este objeto el Director de la Clínica tomó training él mismo en dicha especialidad. Urge que la Facultad de Medicina acuerde sueldo a unos pocos miembros permanentes del personal. Ese pedido ya se ha efectuado y a no dudar se atenderá en estos días. Si no se ha hecho es porque la Clínica Psiquiátrica Universitaria ha desarrollado mucho en un lapso de tiempo de apenas

unos cuantos meses. La otra razón para confiar en ello es que el actual Decano de la Facultad de Medicina, Profesor Jorge Campos Rey de Castro ha probado ser un médico y un maestro del más profundo sentido social. Siendo así ha tenido necesariamente que interesarse por esta obra que no sólo es de la mayor importancia académica, sino también de la más urgente necesidad en su dimensión social.

La Clínica Psiquiátrica Universitaria funciona geográficamente en los terrenos del Hosptial "Víctor Larco Herrera". Nuestras relaciones con esa institución tienden a establecer una comunicación que desafortunadamente no era adecuada hasta ahora. Esperamos que muy pronto esta colaboración sea estrecha.

La obra emprendida no ha seguido precisamente las recomendaciones de la técnica de administración hospitalaria, según las cuales debe primero contarse con la partida y el personal permanente nombrado, antes de poner a funcionar la organización hospitalaria. La razón ha sido que la Clínica Psiquiátrica, se ideó, se organizó y se puso en funcionamiento basándose en su naturaleza docente como un medio de obtener las afiilaciones académicas que provean un número adecuado de "terapistas" y así salvar el grave inconveniente de posponer el funcionamiento de obra tan necesaria. Es por ésto que nosotros comenzamos a luchar aquí y ahora contra la postergación de instituir adecuadamente la guía psicológica y la asistencia psiquiátrica a la Universidad, y por ende a la comunidad y no hemos querido caer en lo que ha ocurrido con el Hospital de Clínicas que se viene proyectando hace decenas de años y hasta ahora no se ha llevado a la práctica.

BIBLIOGRAFIA

1. SEGUIN, C. A.: "La Preparación Psicológica del Estudiante de Medicina", U. N. M. S. M. — 2. ANDERSON, V. V. and KENNEDY, WILLIE MOUDE: "Psychiatry in College", Mental Hygiene, Nº 16, Julio de 1932. — 3. ANGELL, J. R.: "Mental Hygiene in the College and in the University", Mental Hygiene, Bulletin 4, Nov. 1929. — 4. ANGELL, J. R.: "Mental Hygiene and Education", Mental Hygiene, 19: 3-6, Jan. 1935. — 5. ANTHONISEN, MARGARET: "The practice of the College Psychiatrist", Dis. Ner. System 3: 175-184, June, 1942. — 6. APPEL, KENNETH E. and SMITH, LAUREN: "The Approach to College Mental Hygiene", Ment. Hygiene 15: 52-71. Jan. 1931. — 7. BARUCH, D. W.: "Mental Hygiene Counseling as a Part of Teacher Education". J. Psychol. 13: 69-108. Jan. 1942. — 8. BRAGDON,

H. D.: "Counselling the College Student. A study with special reference to the Liberal Arts College for Women". Cambridge Harvard University Press, 1929. — 9. MCKINNEY, FRED: "Four Years of a College Adjustment Clinic", J. Consulting Psychol. 9: 203-217. Sep. 1945. — 10. MENNINGER, KARL.: "College Blues". Survey Graphic 15: 519-522, Sep. 1929.

LOS GRUPOS FORMATIVOS Y LA PSICOTERAPIA GRUPAL CON LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

ELIA IZAGUIRRE *

INTRODUCCION

Ciñendonos a la clasificación de Coffey y colaboradores (1) que han distinguido tres fases en el desarrollo integral de un grupo, las esbozaremos brevemente para la comprensión del tema general.

En el primer período 1) Defensa y resistencia, los miembros del grupo expresan sus conflictos interpersonales con escasa o poca participación del Lider. 2) La fase siguiente llamada de confianza, en la cual el análisis es más activo y el lider tiene una función esclarecedora. 3) El tercer período es denominado integrativo-previsor, en el cual el papel principal es desempeñado por los miembros del grupo quienes desarrollan nuevos puntos de vista sobre sí mismos y sus relaciones interpersonales.

Basándonos en esta clasificación, luego de un cuidadoso análisis de los momentos dinámicos en que se movía el grupo de trabajo, logramos separar seis etapas claramente definidas que las ubicamos, dada sus características en el primer período de Defensa y resistencia, con atisbos ya de la segunda etapa.

Este grupo de estudio se hallaba en su segundo año de experiencia grupal. En esta primera exposición bosquejaremos brevemente y en forma general estas seis etapas, ya que cada una de ellas sería objeto de un análisis más profundo en un estudio aparte de una presentación final posterior.

---

* Médico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima.

MATERIAL Y METODO

Para ello contamos con los protocolos de las sesiones, que constan aparte, en el Archivo del Departamento, en las cuales se trató de puntualizar no sólo las expresiones verbales sino las actitudes emocionales, el clima que se podía sentir en cada sesión, todo esto dentro del marco de lo que el observador del grupo pudo captar y discutirlo al término de la sesión con el lider del grupo.

El método consistió primeramente en el análisis por separado de cada sesión de grupo.

Estas sesiones contaban con 10 miembros más un lider y observador. Las reuniones se realizaban semanalmente en una hora de duración, tratándose en lo posible de evitar interferencias extrañas al grupo.

Luego del análisis parcial se procedió a la interpretación dinámica de todas las sesiones, de lo cual surgieron estas seis diferentes etapas que se repetían y cuya secuencia guardaba cierta similitud en lo superficial, pero una equivalente gestaltica en su mecanismo más profundo.

PSICODINAMICA Y ANALISIS DE LAS SESIONES

Los seis niveles encontrados fueron los siguientes:

1. Nivel de Dependencia
2. Nivel de Frustración
3. Nivel Agresivo
4. Nivel de Omnipotencia mágica
5. Nivel de Culpa
6. Nivel de Reparación y continuidad

Cada uno de estos niveles a su vez estaba teñido de diferentes grados de profundidad inconscientes, en los cuales el retroceso de los mecanismos defensivos del Yo mostraba las diferentes facetas de cada uno de estos niveles:

1. *La Dependencia.* Encontrada a predominio de las primeras sesiones igualmente es observada posteriormente a otros niveles de integración.

Es expresión fundamental de un sentimiento de inseguridad.

La dependencia se objetiviza en la 1ra.-5-6-7-10-14 y 15 sesión.

En la primera sesión luego de un pedido al lider a que participe y diga sus impresiones en el grupo, se produce la primera secuencia Dependencia-Frustración, el grupo agrede luego, utilizando el desplazamiento hacia uno de sus miembros.

En la sexta sesión se discute lo que es un lider y el tema de la Dependencia-independencia. Piden ser guiados "y no estar capacitados aún; se sienten abandonados".

Uno de los miembros dice: "No nos sentimos a gusto así independientes".

En la décima sesión se habla ampliamente del tema dependencia-independencia y concluyen "No hay independencia completa, todos dependen de su familia y obligaciones" otro alude: "la independencia es lo que más nos molesta aquí".

En la 14 sesión al tocar el tema de la muerte del Presidente Kennedy, el grupo expresa que de ello se saca menos provecho (hablar) que de la relación con el lider del grupo.

2. *La Frustración.* Nivel que continúa al anterior, se aprecia ante la falla del pedido de dependencia, el grupo se siente frustrado, en otros términos, resentido.

Resentimiento y Frustración son pues nexos comunes frente a la pérdida simbólica de Dependencia. Se objetiviza en la 1, 2 y 13 sesión.

Es interesante observar que la mayoría de los silencios corresponden a la frustración y temor a expresas este resentimiento.

En la primera sesión un miembro le dice al lider: "¿qué tal si damos apreciaciones y Ud. nos orienta?" el lider parafrasea y se aprecia un clima de resentimiento que se desplaza en forma de agresión no abierta.

En la segunda sesión, al iniciarla todos se muestran indiferentes, algo deprimidos, al punto que el lider dice "puede pensarse que el grupo está cansado.

No obstante el silencio continúa con pequeños signos de intranquilidad en el grupo, este dura 20'. A pesar de otras implicaciones de es-

te silencio que remarcaremos más adelante, dada la sesión anterior, podríamos calificarlo también como expresión de resentimiento.

El grupo dice "luego no somos nosotros los que pedimos guía, es el lider que viene a recibir clase de nosotros como un método de estudio".

En la 13 reunión nuevamente el grupo expresa con un silencio de varios minutos su resentimiento. Alguien dice que están preocupados y el grupo no saca provecho de la reunión. Otro miembro ante la interpretación de estar inhibidos, dice "se buscaría el origen del resentimiento, claro eso no quiere decir" . . . silencio inhibitorio.

3. *El Nivel de Agresión.* Igualmente consecutivo a la frustración se manifiesta más ampliamente y utiliza varios mecanismos de defensa para erpresarse:

Así en nuestro grupo de estudio hemos encontrado varios planos en que se manifiesta esta agresión.

a) Un primer plano de agresión consciente y dirigida al lider que en la sesión Nº 11 es clara:

— "En el grupo hay agresión"

. . . .

— "Vemos que la agresión se dirigía a líderes menores, no al máximo que no funcional como tal"

— "Efectivamente ha habido agresión y bien notoria"

— "Efectivamente"

risas en el grupo . . .

b) En un segundo plano se utilizan mecanismos de defensa normales para expresar esta agresión.

Así el grupo racionaliza: Cuando se habla del tema Dependencia-independencia, ponen de ejemplo al delincuente. Dicen "hay que encontrar un término medio". El grupo siente su agresión inconsciente y la relaciona al peligro de independencia individual.

Utiliza el desplazamiento en la 1 y 14 sesión:

En la 1ra. el grupo ataca al lider secundario cuando este interpreta dentro del grupo.

En la 14 al faltar un lider principal lo atacan y hay mayor movimiento dinámico que en otras sesiones "no se expresaba así, por la presencia de este líder, el líder debe formar parte de nosotros".

Utiliza la proyección en la cuarta sesión:

— "El Doctor realiza todo en función del grupo como mecanismo de defensa".

8va. "El 80% de la población sufre de alteración en un película se desea investigar en pacientes".

13ava. "No nos gusta la presencia que no intervienen y nos observan".

4. *Nivel de Omnipotencia mágica.* En un plano más profundo el grupo utiliza mecanismos esquizo-paranoides.

En la segunda sesión se produce un silencio intencionado de 20 minutos por parte del grupo para ver que sucede con relación al líder.

En la cuarta sesión se habla de electrodos ocultos en el cabello con los cuales se puede controlar las emociones. Alguien afirma que se usa actualmente un aparato para electro-shock similar (4-5).

En la octava sesión la proyección persecutoria alcanza un alto nivel de angustia casi psicótico, desconfían entre ellos mismos, se identifican con enfermos mentales, se teme que algunos de los miembros del mismo grupo vuelvan a estar experimentando con el silencio.

Más profundamente hemos apreciado mediante un análisis más fino, sentimiento de omnipotencia mágica, el que a la vez brinda seguridad al YO débil, le confiere atributos de destructibilidad.

En la segunda sesión el silencio intencional es expresado por algunos líderes del grupo, indentificatorios, como una oportunidad que daban a los demás líderes y de integrarse, esta identificación a nivel omnipotente y mágico con el líder surge como una negación de su agresión.

Así en la 11ava. sesión expresan que si se relacionan las interpretaciones con el inconsciente, este es siempre agresivo y los inhibe.

En la 13ava. reunión, uno de los líderes expresa "que cuando no se calla el grupo, funciona".

Es indudable que tras estas expresiones, las fantasías incluyen pensamiento mágico, entre ellos, destrucción al líder, la cual no hubiera sido intuída en forma más objetiva si en las dos últimas sesiones, exprofesamente sólo asiste el observador. La ausencia del líder es sentida tal vez por el grupo inconscientemente como que lo ha destruido y sigue la siguiente etapa de culpa.

Este sentimiento mágico de destrucción se intuye en razón de que en la última sesión que tienen con el líder, el grupo abiertamente expresa el deseo de no desplazar:

— "No interesan los temas, quieren agredir de frente de una vez".

— "Que nos diga de frente Ud. es así o asa".

— Otro expresa para eludir problemas más saltantes "tenemos un límite, ya no tenemos nada que excavar".

— "Se puede pensar que hay temor al verter expresiones sobre el líder".

5. *Nivel de Culpa.* Nos llamó la atención el hallar que toda depresión encontrada hasta el momento en el grupo de experiencia, estaba teñida de sentimiento de culpa. 6-9-11.

En la sexta sesión expresan:

— "Se les achaca que sólo van por la lista, los tratan con desprecio y burla".

— "Esto es peor que otros años".

— "Están desprestigiados, son menospreciables, si ellos se portan mal, es porque no existe relación profesor-alumno".

Al emerger este sentimiento con toda claridad en las dos últimas sesiones vemos que la culpa-depresión es toda una gestal inseparable.

Es importante al respecto señalar nuevamente la no presencia del líder y algunas transcripciones de las sesiones:

En la 16 sesión el grupo se agrede mutuamente, hay un alto clima emocional, sin embargo tras esta agresión se aprecia un auto-castigo por una culpa compartida.

— "Aquí no se trata de herir a nadie es sólo una opinión".

— "No, lo que se está diciendo (exaltado) es que, el que no habla, es negativo para la dinámica de grupo".

....

— "Tú te crees con suficiente capacidad como para catalogar a alguien? (agresivo)".

— "Yo no entiendo, que entiendes por factores positivos . . .".

— "La mayor parte ha estado inhibida".

Cuatro miembros del grupo se enfrascan en una discusión muy airada.

....

— "Cuál es el factor preciso para tí?".

— "La personalidad de cada uno de nosotros".

El grupo termina en discusión general.

En la última reunión en que no está presente el líder, el grupo permanece inicialmente callado. Luego se propone revisar lo que ha sucedido durante el año.

— "De todos modos sacamos algo".

— "Tú".

— "Practicamente el grupo no se ha integrado, jamás hemos tratado un sólo tema (muy emocionado), no hemos hecho nada, hemos fracasado".

— "Si hemos hecho".

Se interrumpen mutuamente y discuten.

— "Jamás hemos hecho algo".

— "Qué consideras?".

— "Teníamos la obligación".

— "Dejen el juego de palabras".

— "Nosotros hemos estado afanados en conocer a los demás y no a nosotros mismos".

— "Quisiera llegar a un planteamiento, sería negativo si no se ha emitido opiniones verbales (miembro que intervino muy poco anteriormente)".

— "Te podríamos decir que si no expresas tus vivencias no podríamos conocerles".

6. *Nivel de Reparación.* Se esboza en la décima sesión, en que luego de analizar los peligros de una independencia total piensan que hay que buscar un término medio. Sin embargo en la última sesión luego de expresar un marcado sentimiento de culpa, al terminar la sesión se acercan al observador, preguntan si continuarán los grupos, si serán los mismos grupos, se despiden sonrientes en un intento de congraciarse.

Aunque esto es solamente registrado como actitud al final del grupo, dada la secuencia anterior consideramos que es el sentimiento de reparación con el consiguiente criterio de continuidad (2).

COMENTARIO

Haciendo un resumen de los hallazgos encontrados en un grupo de trabajo correspondiente a su segundo año de experiencia grupal y primera fase de desarrollo encontramos:

La Dependencia. Primer nivel y piedra angular del desarrollo ulterior en los que cada uno de los demás niveles está en relación a este factor de dependencia, en un primer momento obvio, debido a factores reales externos, como el desconcierto del grupo que ignoraba o parecía ignorar las metas y finalidades del grupo de trabajo, el nuevo status planteado en que la relación profesión alumno era rota por una nueva realidad desconocida hacía que esperaran lógicamente, en la primera reunión, orientación y "clases" del líder.

Esta dependencia paulatinamente en el proceso de regresión, se hace neurótica y rebela conflictiva inconsciente más profunda nacida de un sentimiento fundamental de inseguridad, similar al experimento por el niño.

La frustración origina resentimiento y temor por la emergencia de instancias agresivas.

Dependencia-Frustración-Resentimiento

La Agresión igualmente pasa por diferentes grados, utilizando mecanismos normales, hasta los esquizo-paranoides y sentimiento mágico de omnipotencia y destrucción a un nivel de fantasía mágico-infantil.

Es de esperar pues la secuencia:

Agresión-Culpa, esta última teñida de factores depresivos.

La agresión es sentida como mágicamente destructiva, fantaseada como temida y deseada (12) (15).

No obstante a un nivel consciente y maduro el grupo puede comprobar con la parte de YO grupal incólume que esta destrucción no existe, que su fantasía por sí sola no destruirán ni al líder ni al grupo mismo.

La culpa depresiva es entonces un elemento importante en la integración grupal. Hay el deseo de reparación que se expresa en el criterio de continuidad en el grupo. Integración que le dá en un marco de referencia preciso en que el líder del grupo juega un papel importante.

Esta secuencia, repetimos:

dependencia-frustración

agresión-culpa
destrucción-reparación

Se mueven en torno a un primer elemento, la dependencia la cual al no ser gratificada permite la maduración ulterior.

Esta dependencia nos plantea serios interrogantes, es acaso un profundo nivel oral al que moviliza a nuestro grupo, o en otras palabras este factor sería el decisivo y fundamental en la dinámica grupal?

Esto estaría tal vez en relación con una investigación realizada en nuestros obreros (3) en que depresiones neuróticas y aún psicóticas tienen un componente paranoide y de culpa, los que nos hizo situarlos bajo una caracterología básica de nuestra cultura. Al respecto también surgen los planteamientos (4) de que en el niño habrían en sus primeros meses extrauterinos una posición depresiva y posición paranoide.

No intentamos un análisis comparativo ni diferencial, pero es indudable que factores de esa orden serían esenciales en la experiencia individual y grupal.

CONCLUSIONES

1. Se hace el estudio de un grupo de trabajo del segundo año de medicina ubicándolo en su primera fase de desarrollo.

2. Se delimitan seis etapas que oscilan en las diferentes sesiones según el grado de traslaboración de cada una de ellas. Encontrándose una secuencia especial.

   a) Dependencia
   b) Frustración
   c) Agresión
   d) Omnipotencia Mágica
   e) Culpa-Depresiva
   f) Reparación

3. Se hace un breve bosquejo de cada una de ellas, y las fases que comprenderían con algunos ejemplos de las sesiones realizadas.

4. Se establece que la relación de dependencia es fundamental en el desarrollo individual y grupal, y que de su manejo depende el mayor o menos grado de conflicto y maduración.

5. Haciendo un simil entre la evolución del grupo y la evolución individual vemos que esta dependencia, esencial en el niño, tiende a corroborar la importancia decisiva de los primeros años de vida, y la sensación de seguridad imprescindible en el manejo de las primeras relaciones interpersonales.

RESUMEN

Se estudia un grupo de trabajo correspondiente a estudiantes de Segundo año de Medicina y se delimitan seis momentos dinámicos en su desarrollo que, alternándose o no, guardan una secuencia especial. Estos momentos son: 1) Dependencia 2) Frustración 3) Agresión 4) Omnipotencia mágica 5) Culpa depresiva 6) Reparación.

Se establece que el manejo de la relación de dependencia es fundamental en el desarrollo individual y grupal y por ende de la sensación de seguridad imprescindible en el manejo de las primeras relaciones interpersonales.

SUMMARY

In this paper the author presents the observations in a "Working Group" of a Second year medical students.

The dynamic development of the group shows six clear-cut stages which can alternate or to keep an special sequence. This six moments are as follow: 1) Dependency 2) Frustration 3) Hostility 4) Magic omnipotence 5) Depression and guilt 6) Repair and compensation.

The author states that handling dependency is the most important point to achieve the group integration. She also emphasizes that students must perceive a sensation of security, specially at the very beginning of the interpersonal relationship.

BIBLIOGRAFIA

1. HARPER, ROBERTO: "Psicoanálisis y Psicoterapia". Ed. Herrero hermanos, Sucs. S. A., México D. F. 1960. — 2. GRIMBERG LEON, LANGER MARIA, RODRIGUE EMILIO: "Psicoterapia de Grupo". Edit. Paidos. Buenos Aires 1957. — 3. IZAGUIRRE, ELIA: "Modos Arquetípicos de penitencia en la Depresión". Trabajo presentado en el Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Octubre 1964. — 4. KLEIN, MELANIE y colaboradores: "Desarrollos en Psicoanálisis" Ediciones Horme Edit. Paidos. Buenos Aires, 1962.

EL ESTUDIANTE FRENTE A LOS EXAMENES

OSCAR VALDIVIA PONCE *

INTRODUCCION

El gran número de problemas que confronta el estudiante universitario a través de sus estudios constituyen un proceso que empieza con el ingreso a la Universidad, continúa a lo largo de la carrera y termina, aparentemente, con el grado profesional; y digo que termina aparentemente porque el enfrentamiento del hombre con problemas continúa a lo largo de la vida; y tiene que ser así porque la vida del hombre, en este mundo, es un enfrentamiento continuo con problemas más o menos complejos. De este gran número de problemas que constituyen el tramo de la vida universitaria, podemos señalar los siguientes: 1) Aquellos derivados de la elección de la carrera, es decir derivados de lo que uno quiere "ser" y "hacer" y que están determinados por las motivaciones para "ser" y la capacidad que hay que tener para ser lo que uno se propone; 2) Los que se encuentran en la Universidad y que están en relación con la adaptación del estudiante a la vida universitaria con todos sus problemas socio-económicos, con el encuentro real de lo que quiere ser, con la capacidad para la incorporación del conocimiento y los valores éticos y morales; y 3) Los problemas derivados del enfrentamiento con el grado profesional y sus perspectivas futuras; es decir el hecho real de dejar de ser estudiante para enfrentarse a la vida como un profesional.

Todo este recorrido del tramo universitario está lleno de vallas que deben vencerse para poder ascender en la consecución de los fines. Entre estas vallas grandes o pequeñas están los exámenes que conti-

* **Profesor Principal del Dpto. de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos.**

nuamente tratan de medir el conocimiento y la capacidad del estudiante; como si la carrera o la vida universitaria fuera una lucha entre el conocimiento y la capacidad, que debe constantemente poner a prueba y medirse a través de los exámenes.

Desde luego estas pruebas y problemas constituyen situaciones tensionantes que el individuo sabrá sortear de acuerdo a su experiencia vivida, capacidad, habilidad y personalidad.

Los exámenes son procedimientos que tienen el fin de medir el grado de preparación y asimilación de la enseñanza impartida. El impacto y las reacciones que producen los exámenes en los estudiantes son muy importantes para no prestarle la atención que se merece. Convencido de su trascendencia traigo aquí este problema y espero le demos su importancia.

El interés por las reacciones emocionales, del estudiante frente a la tensión de los exámenes nos hizo, hace un tiempo (1), formularnos los siguientes interrogantes:

1. ¿Qué reacciones psicológicas, psicopatológicas y somáticas, en general, determinan los exámenes en los estudiantes?

2. ¿En qué órganos, sistemas o partes del cuerpo éstas reacciones son más intensas?

3. ¿Qué tiempo antes del examen empiezan, éstas reacciones, a manifestarse?

4. ¿Cuál es el curso de las reacciones, desde el momento en que se hacen conscientes hasta que desaparecen?

5. ¿Qué relación hay entre la intensidad de la reacción y el grado de preparación en el curso que se va a dar exámen, y el sentimiento de simpatía o antipatía al profesor?

MATERIAL Y METODO

El material humano de nuestra investigación está representado por tres grupos de estudiantes de instrucción superior. El primer grupo comprende 40 alumnos del 6º año de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos, el segundo y tercer grupo, que fueron estudiados con fines comparativos, comprende 62 alumnas de una escuela de dietistas y 78 alumnas de una escuela de enfermeras.

Se usaron cuestionarios que tenían por objeto averiguar las reacciones que los estudiantes podrían experimentar antes, durante y después de los exámenes. Las preguntas confeccionadas, en términos sencillos, indagaban todas las diferentes reacciones que el estudiante sentía en cada órgano o parte del cuerpo; así por ejemplo se le preguntaba: ¿Qué siente Ud. en este momento en su cabeza?, ¿Qué siente Ud. en este momento en sus ojos?, etc. y así minuciosamente, como dijimos, se indagaban las sensaciones en todos los órganos, aparatos y partes del cuerpo. En igual forma se formuló preguntas sobre el grado de intensidad, curso y duración de las reacciones; sobre la intensidad de las reacciones emocionales y su relación con las variables: sexo, edad, grado de preparación en el curso, simpatía o antipatía al profesor y el tipo de examen (oral o escrito).

El método de estudio consistió en la aplicación de los cuestionarios en forma individual en el grupo masculino y en grupo, en los femeninos. Aprovechamos de una situación real de exámenes para realizar la encuesta.

Pensando que la actualización de las manifestaciones emocionales serían más intensas cuanto más trascendente es el examen, este estudio fue realizado durante la época de exámenes finales.

RESULTADO Y COMENTARIO

A continuación presentamos, en forma suscinta, los resultados (1) obtenidos de los que haremos un comentario.

Tratando de precisar el momento en que el estudiante es consciente de sus reacciones psicofisiológicas frente al examen, los resultados encontrados se pueden dividir en tres grupos: El primero, que representa la mayoría de probandos, es consciente de sus propias reacciones en un tiempo que fluctúa entre media hora antes y el momento en que es llamado a dar examen; el segundo se percata de sus reacciones en un tiempo que fluctúa entre 31 minutos y 6 horas: aquí están incluidos aquellos que se levantan en la mañana, del día que van a dar examen, con la presencia de algunas manifestaciones emocionales; y por último el tercer grupo, formado por escaso número de alumnos, empieza a ser conscientes de sus reacciones entre las 7 horas y los 3 días antes del examen. Es preciso hacer constar que esta valoración del tiempo, en que aparece el fenómeno reactivo, no es exactamente

cronométrica, sino un simple cálculo subjetivo. El hecho de que el probando diga, por ejemplo, que empieza a experimentar sus reacciones 30 minutos antes del examen no quiere decir que antes de ese tiempo no estaba reaccionando. La reacción ha podido existir mucho antes; pero el alumno no fue capaz de percatarse por su falta de atención al fenómeno o por que éste se mantuvo en un nivel subliminal. Muchos estudiantes descubrían su fenómeno reaccional sin darse cuenta, en un comienzo, que ese fenómeno que se presentaba 6 horas antes del examen, era puramente reaccional. Fueron experiencias posteriores de una serie de exámenes lo que los llevó a darse cuenta que estas reacciones psicofisiológicas eran motivadas por la tensión de los exámenes.

Tratando de determinar el órgano o parte del cuerpo que tuviera mayor actividad reaccional frente al "stress" de los exámenes, los resultados señalaron al corazón, como el órgano más sensible que responde con más intensidad en la mayoría los tres grupos estudiados. El estómago ocupaba el segundo lugar en sensibilidad frente a la experiencia tensionante. Los demás órganos, en un número muy inferior de probandos, fueron: piel, intestino, aparato respiratorio, aparato urinario, cabeza (cráneo), boca y manos.

En la cabeza y el cuello las manifestaciones más frecuentes fueron: calor, cefalea, sequedad de la mucosa bucal y sudor. El cambio del tono de la voz, que muchos lo explicaban como "voz apagada" o "voz temblorosa", el enrojecimiento, palidez y ardor de la cara, el latido supraesternal y el "carraspeo" siguen a los anteriores en su alta incidencia. Quizás por ser la cara la parte del cuerpo más expuesta al impacto de la interrelación, hecho que lo hemos observado en un estudio anterior (2), presenta una riqueza reaccional marcada. Otras reacciones menos frecuentes fueron: seborrea, amargor de la boca, ardor de los ojos, zumbido de oídos, latido supraesternal y temporal, frío, prurito, sialorrea, secresión o sequedad de la mucosa nasal, lagrimeo, mareos, anublamiento visual, carraspeo, estornudos, erección pilosa, trismos, tremor de los labios, risa incontenible, sordera, tos, ardor y opresión faringea. Un gran número de estas manifestaciones, por su nivel de acción, pueden ser catalogados como síntomas de un nivel neurótico. Merece destacar la presencia del latido supraesternal en los grupos femeninos, lo que no lo hemos observado en el grupo masculino. La risa parece ser también una reacción frecuente y típica de los grupos femeninos.

Las reacciones determinadas en el corazón y región precordial señalan al corazón como el órgano más sensible frente a la tensión; y esta sensibilidad se manifiesta por una taquicardia intensa. La taquicardia representa un alto porcentaje en los tres grupos sin distinción de sexo. Otros síntomas cardíacos y de nivel precordial registrados fueron: opresión, dolor tipo hincada, extransistoles, sensación de hormigeo y vacío. La presencia de extransistoles fue registrada solamente por el grupo de estudiantes de medicina porque ellos tenían el conocimiento clínico para determinarlos. El dolor precordial, tipo hincada, resulta difícil determinar su naturaleza cardíaca o extracardíaca.

Entre las reacciones registradas a nivel digestivo (estómago y región epigastrica) la anorexia destaca su alta incidencia y se hizo presente generalmente muchas horas antes del examen. Siguen a la anorexia, en alto porcentaje las reacciones descritas como "sensación de vacío", "fatiga", plenitud, dolor, náusea, ardor, calor y hambre. Las reacciones de sensación de plenitud gástrica, opresión, ardor, dolor, calor, náusea y hambre parecen corresponder a manifestaciones de un nivel reaccional más profundo, posiblemente psiconeurótico.

A nivel intestinal y abdominal fueron señalados el aumento del peristaltismo intestinal, calificado de diarrea por los probandos y que se traducía por la presencia de dos o más deposiciones líquidas o semilíquidas previas al examen. Creemos oportuno anotar que algunos estreñidos, que regularmente hacían deposiciones interdiarias, el día del examen tenía que defecar corresponda o no a sus hábitos digestivos; hay una incidencia mayor de este tipo de reacción en el grupo masculino. La presencia de estreñimiento se manifestó en sujetos que regularmente hacían una deposición diaria. Generalmente el día del examen se presentaba el estreñimiento, prolongándose por dos o tres días. El dolor tipo retortijón se acompañaba con frecuencia de diarreas. La distención abdominal que presentaron unos casos parece corresponder a meteorismo intestinal.

Nos resulta muy difícil determinar el origen de las sensaciones dolor, "pesadez" y "hormigueo" registradas en ambos hipocondrios que presentaron en algunos casos. No se sabe a ciencia cierta si ellas corresponden a sensaciones de la pared muscular de los hipocondrios o de las vísceras.

El aparato respiratorio puso en evidencia una gran capacidad reaccional frente a las emociones. Entre la variedad sintomática surge co-

mo reacción principal el aumento de la frecuencia respiratoria acompañada de discreta sensación de disnea. El suspiro, que se hizo presente en cierto número de casos, parece ser un producto puro de la angustia.

En el aparato urinario el aumento, en frecuencia, de la micción urinaria se hacía presente desde varias horas antes del exámen y en muchos casos se llegaba hasta 6 u 8 micciones en el tiempo de 3 horas antes del examen. Desde luego la cantidad de orina eliminada por micción era pequeña; pero el total parecía arrojar un volumen mayor que el eliminado normalmente.

Es importante señalar que el grupo masculino presentaba una incidencia mayor por la respuesta urinaria, que los grupos femeninos.

El interés desde hace muchos años, por estas reacciones psicofisiológicas nos llevó, través de conversaciones con estudiantes, a informarnos de la presencia de eyaculación seminal durante el proceso del examen. Tres casos que habían tenido este accidente, nos hicieron saber que el momento de la eyaculación correspondía a la solución de un problema difícil que había creado gran angustia.

Creemos que algunos de nuestros probandos han pasado por alto sus reacciones a nivel genital por razones obvias de pudor o verguenza. Sin embargo, tuvimos la sorpresa de registrar en dos casos la sensación de calor vulvo-vaginal intenso y un aumento de secresión vaginal durante la tensión previa al examen y durante el examen mismo. Ignoramos si estas reacciones produjeron excitación sexual placentera; sin embargo estas personas compararon su tensión frente al examen con aquella que experimentaron en su primera experiencia amorosa.

Las reacciones producidas en la piel y anexos se caracterizaron por su gran riqueza. El sudor, calor, enrrojecimiento y el frío se destacaron por su alta incidencia. Siguen en menor proporción la cianósis de las manos, palidez, seborrea, "piel de gallina", prurito, erección pilosa y "escalofríos".

En el sistema muscular el temblor de las extremidades ocupa la más alta frecuencia. Siguen la tensión muscular y el cansancio. La tensión muscular que refieren los probandos está presentada por esa contracción muscular que produce cierta torpeza y dificultad en los movimientos, especialmente en las manos y que se manifiesta por esa dificultad para escribir. El cansancio que no es muy frecuente antes del

examen se hace casi general en todos los examinados después del examen.

Entre las reacciones psíquicas es interesante mencionar que un buen número de estudiantes se quejaba de "pérdida de la memoria", fenómeno que consistía en una dificultad para recordar lo aprendido del curso que se había estudiado; muchos eran los que decían que sabiendo daban un mal examen por no poder recordar lo aprendido. Otro grupo se quejaba de cierta dificultad para fijar y mantener la atención; eran éstos los que muchas veces desarrollaban un tema por otro porque al leer las preguntas se equivocaban leyendo una cosa por otra. El grupo que se quejaba de dificultad para coordinar su pensamiento nos refería que este no tenía la fluidez usual, experimentando cierta dificultad para ordenar las ideas.

Además la marcha del pensamiento estaba interrumpida por frecuentes bloqueos. Lo que en los resultados hemos designado confusión está representado por lo que los estudiantes llamaban "aturdimiento" o sea una dificultad para entender las preguntas del examen y discernir adecuadamente. Generalmente estos estados eran transitorios y duraban segundos o escasos minutos; y solían presentarse cada vez que el estudiante se encontraba con preguntas que calificaba de difíciles y no sabía que responder. La cólera y la risa, exclusiva de los grupos femeninos, aparecía intempestivamente sin aparente causa externa y resultaba, a veces, algo difícil poder reprimirlas. Por otra parte el resto de estudiantes manifestó que durante el momento del examen sus funciones intelectuales se hacían más vivaces: la memoria se enriquecía recordando muchas veces cosas que creían olvidadas; la atención aumentaba en amplitud y se sostenía sin dificultad; siendo en total más fácil captar, entender y resolver problemas que en circunstancias ordinarias.

Estas reaciones psicofisiológicas que hemos estudiado sufría una serie de variantes, al enfrentarse el alumno con el hecho real de empezar el examen, o se mantenía cargadas de la misma intensidad reaccional. Las variantes registradas consistían en la desaparición de las reacciones, la disminución de las mismas o la intermitencia. En general la intermitencia consistía en que las reacciones disminuían en un comienzo del examen para luego exacerbarse cada vez que el alumno encontraba alguna dificultad durante el examen. Es importante hacer presente que cuando se dice que las reacciones desaparecen, esto

quiere decir que desapareecn del registro consciente; pero ello no indica que la reacción no pueda persistir en un nivel inconsciente, en el que no puede ser percibida por el alumno.

Hemos tratado de averiguar la relación entre el "locus minoris resistentiae" y la intensidad de reacción de ese "locus" en comparación con los demás órganos del cuerpo. Denominamos "órgano débil" a aquel que se a enfermado con mayor frecuencia, que ha presentado dolores y trastornos funcionales en un mayor número de oportunidades, en comparación con los otros órganos del cuerpo. Nuestros hallazgos demostraron que el corazón es para la mayoría de nuestros estudiantes el órgano que consideran más débil y que es en él donde la reacción emocional se hace con más intensidad. Estos resultados nos permiten comprobar la teoría de que el "locus minoris resistentiae" es el órgano más intensamente tomado por las emociones.

Es evidente que en más del 50% en los casos estudiados la intensidad de las reacciones emocionales estaba en relación con el grado de preparación en el curso a dar examen. Siendo las reacciones psicosomáticas más intensas en los alumnos que se consideraban menos preparados. Así mismo la intensidad de la reacción psicosomática aumenta o disminuye según el grado de antipatía o simpatía que se sienta al profesor.

Los resultados demuestran categóricamente que las reacciones psicofisiológicas son más intensas cuando el alumno y el jurado hacen su enfrentamiento directo y personal a través del examen oral.

Hemos averiguado también las sensaciones experimentadas después de terminado el examen; y los resultados indican que las reacciones dependen, casi siempre, del éxito obtenido en el examen. La mayoría afirma que cuando el examen fue satisfactorio se sintió contenta, alegre y con la sensación de "haberse librado de un peso". Si por el contrario se tuvo la impresión de haber dado un mal examen se tenía la sensación de frustración que se manifestaba por fastidio, rabia, tristeza o depresión. Sin embargo, es importante hacer notar que más de un 35%, en todos los grupos, sea cual fuere el resultado del examen, se sintió cansado con cefalea, dolor muscular de las extremidades, similar al que se siente después de haber desplegado un gran esfuerzo físico.

El estudio comparativo de los tres grupos establece que el grupo masculino tiene preferencia por las reacciones de tipo excretorio urinario y fecal y el femenino por las emotivas de risa o cólera.

Además el grupo masculino parece tener un mejor control de sus reacciones frente a la tensión de los exámenes; por otra parte no hay alguna otra diferencia reaccional con respecto al sexo ni a la edad que sea trascendente.

Consideramos oportuno hacer presente que los resultados obtenidos no expresan ni representan la totalidad de las reacciones psicosomáticas frente al "stress" de los exámenes. Si la mayoría de estas reacciones son irracionales e inconscientes es lógico que existe su inconveniente para ser registradas por la conciencia. El registro conciente de las reacciones se hace cuando el grado de intensidad alcanza un umbral que le permita dicho registro. Sin embargo algunas veces la reacción puede alcanzar sobradamente el umbral y ser groseramente percivida por un observador y a pesar de ello el observado no es consciente de su existencia, no la siente porque su atención está fuertemente volcada a la situación inquietante del examen. Es bien conocido que los soldados en el campo de batalla no son, muchas veces, conscientes de sus heridas ni del dolor que estas suelen producir.

Sabemos muy bien que el registro de nuestros resultados depende exclusivamente de los sujetos experimentados, ya que en cada uno de ellos se juntan el observador y el observado, desventaja suficiente para hacer un registro nítido de las propias reacciones; ya conocemos, demasiado, como una serie de fenómenos se reprime, suprime o distorsiona por razones puramente inconscientes. Si para algunos estudiantes tiene mayor importancia el corazón o el intestino es por seguro que cualquier simple sensación en éstos órganos podrá sentirse exagerada. Además es necesario decirlo que resulta muy difícil hacer un estudio introspectivo de las funciones de sus propios órganos en una amplia situación tan angustiante como el de un examen. Es indudable que todo este conjunto de reacciones psicosomáticas están en relación con una serie de factores entre los que vale mencionar: la intensidad tensionante del examen, el grado de inseguridad individual o de grupo, porque la angustia se contagia, la preparación en el curso, la simpatía o antipatía al profesor y el grado de madurez emocional. Es lógico desprender que habrán situaciones de examen más angustiantes que otras y que por ende las reacciones serás más floridas unas veces que en otras; lo que quiere decir, también, que en algunas situaciones será posible determinar unas reacciones que no podrán ser determinadas en otras.

Creemos que los exámenes son hechos trascendentes, en la vida de los estudiantes, que producen reacciones violentas en la biología del ser. El examen es un impacto que crea inseguridad y pone en peligro la homeostasis del YO psíquico y corporal. El examinado tiene que someterse a la voluntad omnipotente y actitud inquisitiva y hostil del examinador, de aquí que no nos pueda sorprender la riqueza de la fantasía hostil y agresiva del examinado en contra del examinador. En este sentido hemos escuchado revelaciones como éstas que encierran violenta agresividad: "Un incendio o terremoto acabaría con la Facultad y las pruebas del examen", "Si se muriese el profesor en un accidente ya no tendría que dar examen", " Si se enfermara gravemente el profesor ya no tendría que dar examen hoy". Estas y muchas otras fantasías más graves se engendran como una respuesta de escape de la situación. No es infrecuente las fantasías auto-agresivas en las expresiones: "Si me muriese ya no daría examen", "Cuando no se qué responder quisiera que me de un ataque; o que se abra la tierra y me trague". Los exámenes son, para muchos estudiantes, un arma demasiado peligrosa que puede echar por tierra todo el sacrificio de un año, un futuro y algunas veces una vida. Hemos tenido la oportunidad de presenciar; en un joven, un intento de suicidio como consecuencia de ser desaprobado en un examen de ingreso a la Universidad. De aquí, que no nos llame la atención como muchas veces se a luchado en las reformas universitarias por la abolición de los exámenes.

La importancia de salir bien en los exámenes lleva al estudiante algunas veces a hipertrofiar, en forma casi delusiva, el deseo de salir bien. Hemos visto varios estudiantes que tenían el convencimiento delusivo de haber dado un buen examen y sin embargo la prueba escrita demostraba lo contrario. A propósito debemos mencionar que en nuestros tres grupos estudiados el 47% de las estudiantes de enfermería, el 50% de dietética y el 45% de medicina, consideraban que los profesores habían cometido una injusticia calificándoles muy por debajo de lo que en realidad merecían.

Es interesante analizar, también, el problema del calificativo numérico por las repercusiones que trae, ya que pone en comparación la capacidad y el prestigio personal; y esto crea en sí tensiones y estimula agresividad. Cuantas veces hemos visto que el alumno que obtiene los más altos calificativos, por este solo hecho, es víctima de la hosti-

lidad y agresión de los demás. Vale recordar que en las luchas por la reforma universitaria la abolición del calificativo numérico fue uno de los puntos de combate.

Los exámenes hoy más que nunca están revistiendo caracteres trascendentes y están siendo decisivos no sólo para el estudiante en sí, que pasa una asignatura o ingresa a la Universidad; sino que tienen importancia, también, para uno u otro grupo político. Ultimamente hemos sido testigos de grandes reacciones agresivas contra los exámenes de ingreso en dos universidades del país que expresan objetivamente la importancia de este problema.

RESUMEN

Se ha estudiado en tres grupos de estudiantes de instrucción superior las reacciones psíquicas y somáticas que presentan los estudiantes frente a la tensión de los exámenes.

Se analiza comparativamente en todos los grupos, la capacidad reaccional de todos los órganos y sistemas; así como el curso de estas reacciones antes durante y después de los exámenes.

Se estudia, comparativamente con los otros órganos, la reacción del "locus minoris resistentiae" (órgano débil). Además se ha estudiado la relación entre la intensidad de las reacciones psicosomáticas y el grado de preparación en el curso a rendir examen, el sentimiento de simpatía o antipatía al profesor y la clase de examen dado.

SUMMARY

We have studied in three groups of students the psychosomatic reactions manifested under the stress of the examinations.

This study included analysis of the reactional capacity of each organ of the body and the study of the course of the psychosomatic reaction.

We study also the reaction of the "locus minoris resistentiae" in comparation with other organs of the body.

In addition to this, we have studied the relation between the intensity of the psychosomatic reaction and the degree of preparedness in the course at th time of the test and the feeling of sympathy or antipathy to he professor and the type of test given.

BIBLIOGRAFIA

1. VALDIVIA PONCE, OSCAR. "Reacciones Psicosomáticas de los estudiantes frente al "stress" de los exámenes". Rev. Med. Hosp. Obrero. Vol. IX, Nº 1-2: 77-86. — 2. VALDIVIA PONCE, OSCAR y ZAPATA, SERGIO. "Conceptos sobre medicina popular en pacientes neuróticos". Rev. Psiquiátrica Peruana. Vol. II, Nº 3-4: 275-297.

PSICOPATOLOGIA EN ALGUNOS GRUPOS DE ESTUDIANTES PERUANOS

Comunicación Preliminar

RAÚL JERÍ *

En los úlimos años se ha despertado interés en las perturbaciones psicológicas de los estudiantes universitarios (3, 10, 15). Diversos estudios realizados hasta este momento revelan que, aparte de los factores intelectuales, influyen muchos otros determinantes en la conducta y en el rendimiento de los alumnos que cursan estudios superiores (9, 15, 17). Desde que se fundó el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Policía tuvimos oportunidad de recibir alumnos de diversas escuelas especializadas, referidos por sus padres, profesores o superiores jerárquicos, ya que presentaban trastornos del comportamiento o manifestaciones subjetivas sin base orgánica. Antes de que se estableciera un examen sistemático de todos los postulantes a las escuelas del Ministerio de Gobierno y Policía, se observó incidencia particularmente alta de perturbaciones psicológicas relacionadas con enfermedad orgánica del cerebro, es decir epilepsia criptogenética o sintomática, así como otros procesos encefálicos difusos o localizados. En años recientes esta incidencia de perturbaciones orgánicas ha disminuido probablemente por que son descubiertas durante el reconocimiento inicial.

Es el propósito de esta comunicación preliminar presentar algunos ejemplos de disturbios psicológicos observados durante diez años en el Departamento a mi cargo. Para mejor comprensión de nuestra exposición, dividiremos el tema en dos partes, presentando en la prime-

---

* Jefe del Departamento de Psiquiatría, Hospital de Policía.

ra los resultados de la selección psicológica en individuos que postulaban para ingresar a la Institución, y en segundo lugar, expondremos algunos ejemplos de pacientes que, en calidad de estudiantes, han sido atendidos en dicho servicio.

SELECCION PSICOLOGICA EN INDIVIDUOS FISICAMENTE SANOS

En 1960 presentamos los resultados de los exámenes de selección realizados a un grupo de 3,312 postulantes, candidatos a las diversas escuelas técnicas de la Guardia Civil, Investigaciones y Sanidad (5). Estas escuelas son seis: Cadetes de la Guardia Civil, Alumnos de la Guardia Civil, Oficiales de Investigaciones, Auxiliares de Investigaciones, Escuela Mixta de Enfermeros de la SGP y Departamento de Internos del HP.

En las tres escuelas de oficiales (GC, EI, SGP) se imparte instrucción superior, asimilable a la preparación universitaria, exigiéndose a los postulantes de las dos primeras un mínimo de 11 años de estudios escolares. El Departamento de Internos del Hospital de Policía recibe a los internos de hospital y también a médicos internos o sea graduados, que firman un contrato por un año para servir como internos en los Departamentos Clínicos. Los estudiantes y médicos son sometidos al mismo examen psiquiátrico que deben aprobar los candidatos a oficiales de la GC y CI.

Las Escuelas de Tropa están formadas por alumnos, ya sea de la Escuela de Guardias o de Auxiliares de Investigaciones, y la Escuela de Enfermeras recibe alumnas y algunos varones. Sólo en la Escuela de Guardias se permite que ingresen con tercer año de Secundaria, en cambio en la Escuela de Auxiliares y en la Escuela de Enfermeras deben tener secundaria completa.

Todos los grupos fueron sometidos a la misma sistemática de examen, que incluyó en el primer año el índice médico de Cornell, la escala de Kent, el test proyectivo de Murray y la prueba de juicio y razonamiento de Cameron. Al año siguiente suprimimos la prueba de Cameron y agregamos al procediimento de examen la aplicación de la prueba de Raven. Los postulantes además fueron sometidos a entrevistas psiquiátricas, hechas por los psiquiatras que tenían más experiencia en el Departamento. Fueron descalificados los candidatos que tenían síntomas o signos de neurosis, psicosis, psicopatías, desórdenes psicosomáticos, deficiencia intelectual y encefalopatías.

Del total de 3,312 postulantes fueron desaprobados 779 hombres y 113 mujeres, lo que significó que se encontraron disturbios psicológicos marcados en el 26.9 por ciento de los candidatos.

Cuando se distribuyó a los desaprobados según los disturbios psicopatológicos encontrados, se halló que 384 o sea el 11.6 por ciento del total tenían un rendimiento intelectual insuficiente; 571 (o sea el 17.2 por ciento) mostraban manifestaciones neuróticas; 68 (7.6 por ciento) exhibieron disturbios del comportamiento compatibles con desórdenes de la personalidad; en 17 postulantes se recogió historia de manifestaciones convulsivas, lo que significa el 0.5 del total; y 190 sujetos (o sea el 5.7 por ciento) fueron desaprobados por presentar sintomatología mixta, es decir asociación de rasgos neuróticos con bajo rendimiento intelectual, disturbios del comportamiento, o cargados antecedentes familiares psicopatológicos.

Los resultados generales de esta investigación, en una muestra relativamente representativa de la población joven del Perú, donde predominaban los hombres sobre las mujeres en proporción de 9 a 1, mostraron elevada incidencia de manifestaciones neuróticas y de bajo rendimiento en las pruebas para determinar la capacidad intelectual, en concordancia con encuestas hechas por otros investigadores peruanos en poblaciones marginales, rurales e industriales (2, 11, 12, 13).

El criterio para la selección, como ya se dijo implicaba mal rendimiento en las pruebas intelectuales o signos psicopatológicos en los tests proyectivos o en las entrevistas psiquiátricas. La investigación de algunos casos de postulantes que ingresaron a las escuelas, a pesar de la desaprobación en este examen, reveló en numerosas oportunidades mala adaptación a la vida institucional, como lo demostraremos en un trabajo que hemos de publicar próximamente.

En conclusión, podemos decir que este estudio hecho sobre 3,312 postulantes reveló que, en jóvenes peruanos físicamente sanos existía elevada morbilidad psicopatológica, predominando los individuos que tenían manifestaciones neuróticas y escaso rendimiento intelectual. La investigación acerca de las causas de estas perturbaciones requerirá un cuidadoso estudio médico, sociológico y antropológico de los habitantes de nuestro país, hecho en forma individual, y que por carencia de personal y recursos no hemos podido llevar a cabo en nuestro Departamento.

ESTUDIANTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

En el Departamento de Psiquiatría se atienden pacientes de ambos sexos y de todas las edades. En consecuencia, un buen número de consultas son dadas a estudiantes, que pueden ser escolares o alumnos de institutos superiores. En esta comunicación preliminar no nos ocuparemos de los primeros, puesto que no tienen mayor vinculación con el tema que se discute esta mañana. Presentaremos por tanto los hallazgos en pacientes que procedían de las escuelas especiales del Ministerio de Gobierno o de las Universidades. Hemos revisado 4,405 historias clínicas de nuestro Departamento (que corresponden de los números 0001 al 4,220 y del 5,671 al 5,859). En total hemos encontrado 130 pacientes que estudiaban en Institutos Superiores dentro de ese grupo de historias. De estos, 111 eran hombres y 19 mujeres. Las edades más frecuentes eran entre los 15 a 20 y de 20 a 25. Estos pacientes eran alumnos de la Escuela de Guardias y de Auxiliares, de las Escuelas de Cadetes, de la Universidad de San Marcos y de la Universidad Católica, de la Escuela de Servicio Social, de la Universidad de Ingeniería, de la Escuela de Enfermeras, de la Escuela de Policía y postulantes a las Universidades.

En orden de frecuencia las neurosis ocupaban el primer lugar (tabla 1) con 37 pacientes de sexo masculino y 5 de sexo femenino. La mayor parte de este grupo correspondía también a los alumnos, cadetes y estudiantes universitarios. Las formas clínicas más frecuentes fueron la depresión reactiva, la ansiedad y las reacciones conversivas.

Tabla Nº 1. Neurosis encontradas en un grupo de 130 estudiantes

Sexo		Edades		Instituto						
M	F	15-20	20-25	EA	EC	Univ.	UI	EE	PU	ESS
37	5	17	25	19	10	8	1	1	1	2

Variedades Clínicas

An.	Conv.	Dep.	Ob-Comp.	Fob.	Hipocond.	Neurast.
13	8	16	3	1	1	1

Abreviaturas

EA	=	Escuela de Alumnos
Univ.	=	Universidad
EE	=	Escuela de Enfermeras
ESS	=	Escuela de Servicio Social
An.	=	Ansiedad
Dep.	=	Reacción Depresiva
Fob.	=	Reacción fóbica
Neurast.	=	Neurastenia
EC	=	Escuela de cadetes
UI	=	Universidad de Ingeniería
PU	=	Postulantes a la Universidad
Conv.	=	Reacción conversiva
Ob-Comp.	=	Reacción obsesivo-compulsiva
Hipocond.	=	Hipocondría

En un segundo grupos podemos considerar a los desórdenes psicosomáticos (tabla 2) que se han presentado en 27 individuos (24 hombres y 3 mujeres). También aquí la edad predominante es de 20 a 25 años y la mayor parte de sujetos provienen de las escuelas especiales del Ministerio y de las Universidades. El cuadro clínico más frecuente, que se ha presentado en 20 pacientes, es un síndrome que aparece pocos meses después de iniciados los estudios y que se caracteriza por cefalea, ya sea frontal, ocular o generalizada y que se asocia con estados depresivos, irritabilidad, disturbios digestivos y cardiovasculares. Todos estos síntomas son psicogénos y muchas veces mejoran o desaparecen cuando el alumno deja de estudiar. Este síndrome se asemeja mucho al cuadro clínico descrito por Prince (8) en estudiantes de Nigeria y lo describe como síntomas desagradables en la cabeza, incapacidad para comprender lo leído en un texto o lo escuchado en una clase, pérdida de memoria, dificultades visuales, inhabilidad para concentrarse e incapacidad para escribir. Tal es el caso por ejemplo del paciente J. C. V., Hist. Nº 0596, de 23 años de edad, cadete de la Escuela de Investigaciones, quién desde un año atrás notaba olvidos frecuentes, poca capacidad para el estudio, sueño interrumpido, carácter colérico y violento, especialmente en las mañanas, que amanece con decaimiento general, malhumorado y fastidiado, todo le aburre, constantemente le invade cefalea frontal, seguida de pesadez y sensación de calor. El paciente había consultado antes a Cardiología no habiéndose hallado en ese servicio ninguna perturbación orgánica, pero si exis-

tía signos de bronquitis asmatiforme. El padre tenía carácter irritable, impulsivo y violento. Dos hermanos son zurdos y otro tiene tales perturbaciones de comportamiento que se le considera como "medio loco". El ambiente hogareño ha sido desfavorable e inquietante, por el mal carácter del padre que se dedicaba a la bebida y descuidaba el hogar. Los hijos tuvieron que trabajar desde la niñez. El paciente había sido un muchacho callado, reservado, poco amiguero, no le agradaban las bromas pesadas y muchas veces agredía a los bromistas. Cuando fue mayor era fácilmente irascible, violento, quisquilloso, susceptible y emotivo. Fue tratado mediante psicoterapia y medicación sedante, lográndose considerable mejoría de los síntomas.

Tabla Nº 2. Desórdenes Psicosomáticos en un grupo de 130 estudiantes

Sexo		Edades			Instituto					
M	F	15-20	20-25	25-30	EA	EC	Univ.	UI	EE	PU
24	3	9	16	2	10	8	6	1	1	1

Variedades Clínicas

Cef. Est.	Gastrointest.	Cardiovasc.	Genital	Jaqueca
20	4	4	1	1

Cef. Est. = Cefalea del estudiante

El tercer grupo lo han constituido enfermos con desórdenes orgánicos (tabla 3), que sumaban 26 pacientes (23 de sexo masculino y 3 de sexo femenino). Las edades estaban entre los 15 y 25 años y la gran mayoría procedían de la Escuela de Alumnos de la G. C. En cuanto a las variedades clínicas 20 enfermos padecían de epilepsia, tres de disturbios psicológicos consecutivos a una contusión cerebral, y dos presentaban manifestaciones de deficiencia mental moderada.

Como ejemplo de un caso de epilepsia podemos citar la observación número 0339, correspondiente a un varón de 22 años de edad, estudiante de Letras de la Universidad. Este enfermo súbitamente sintió una fuerte conmoción nerviosa, no podía hablar, le parecía que la lengua se desviaba hacia atrás. A los cinco minutos pudo expresarse pero pocas horas después volvió a sentir adormecimiento de la lengua e imposibilidad de hablar. Después de dos minutos estuvo mejor, pero dos horas después volvió a sentir adormecimiento de la lengua, se le devolvio la boca hacia el lado izquierdo y cayó al suelo. Tenía entonces la sensación de que un líquido le recorría la cara, de arriba hacia abajo sobre el lado derecho. Paulatinamente fue viendo borroso y fi-

Tabla Nº 3. Desórdenes Orgánicos en un grupo de 130 estudiantes

Sexo		Edades			Instituto		
M	**F**	**15-20**	**20-25**	**25-30**	**EA**	**EC**	**Univ.**
23	3	13	12	1	17	5	4

Variedades Clínicas

Epilep.	Contus. Cereb.	Def. Mental
21	3	2

nalmente perdió el conocimiento. Al recuperarlo despertó con dolor de cabeza fronto-occipital. A los 10 minutos tuvo un nuevo acceso, con idénticos caracteres que el anterior, pero esta vez al volver en sí tenía equímosis en el lado derecho de la cara y se había mordido la punta de la lengua. Dos días después, bruscamente, mientras estudiaba comprobó que no podía recordar lo que leía, hablaba con la hermana y no se daba cuenta de lo que decía, se notaba atontado, como que no era el mismo. Cinco horas después fue recuperando las facultades mentales. En otras oportunidades tuvo episodios similares, en los cuales perdía la memoria, estaba aparentemente consciente pero olvidaba rápidamente lo que decía o hacía. El 1º de febrero de 1955 tuvo un nuevo acceso, el cual comenzó por imposibilidad para hablar, quería llamar a su padre pero sólo podía gritar Ah, Ah. El padre confirmó que el paciente, de un momento a otro se sentó en un lado del cuarto, se quejaba, gritaba, giraba el tronco hacia el lado izquierdo del cuerpo, el pie izquierdo también se extendía en contracciones tónicas. Pos-

teriormente notó convulsiones clónicas, quedó intensamente cianótico y perdió el conocimiento en el momento en que cayó al suelo. Poco después comenzó a caminar tambaleándose y preguntó ¿Qué pasa? diciendo también que le dolía la cabeza. Ha manifestado a sus familiares que antes del acceso tiene dolor en el centro de la lengua, la cual se le contrae bruscamente hacia atrás. Con estos datos se hizo el diagnóstico de epilepsia psicomotora con foco temporal derecho. El electroencefalograma standard fue normal, pero la activación con seconal mostró ondas agudas, aisladas, en el lóbulo temporal derecho. Las crisis de este enfermo se controlaron bastante bien con hidantoinato sódico.

El cuarto grupo está constituido por los desórdenes de la personalidad (tabla 4). Hemos hallado 20 pacientes con este diagnóstico (15 de sexo masculino y 5 de sexo femenino). La distribución de edades es predominante entre los 15 y los 25 años. Los hombres pertenecen a las Escuelas del Ministerio de Gobierno y de la Policía o de la Universidad, las mujeres a la Escuela de Enfermeras o a la Escuela de Asistencia Social. Las variedades clínicas encontradas han sido las siguientes: seis reacciones sociopáticas, seis emocionalmente inestables, cuatro esquizoides, una pasivo agresiva y una anancástica.

Tabla Nº 4. Desórdenes de la Personalidad en un grupo de 130 estudiantes

Sexo		Edades		Instituto				
M	F	15-20	20-25	EA	EC	Univ.	EE	EN
15	5	10	10	7	6	2	4	1

Variedades Clínicas

Pas. Agres.	Sociopat.	Esquiz.	Paran.	E. I.	An.	Ciclot.
1	6	4	1	6	1	1

Abreviaturas

EN	= Escuela Normal	Paran.	= Paranoide
Pas. agres.	= Pasivo agresiva	EI	= Emocionalmente Inestable
Sociopat.	= Sociopática	An.	= Anancástica
Esquiz.	= Esquizoide	Ciclot.	= Ciclotómica

Como ejemplo en el sexo masculino puede servir la observación 1200. Se trataba de un cadete de 17 años de edad, el cual fue remitido al servicio por presentar enuresis nocturna y sonambulismo. Como dormía en una cama de tipo camarote mojaba todos los días al compañero que estaba debajo del él. El paciente no percibía ningún disturbio psicológico pero sus antecedentes revelaron que desde muy pequeño fue llorón, irritable, intranquilo, hipersensible y que presentaba frecuentes crisis de pavor nocturno. En el colegio era frecuentemente castigado por jugar en clase. Tuvo problemas tanto en el internado, como en la escuela de cadetes, por la enuresis nocturna. Este paciente llegó a graduarse como Oficial, pero en el servicio siguió recibiendo frecuentes castigos por no cumplir las órdenes que se le impartían y, después, por abandonar sus obligaciones para embriagarse y fomentar escándalos en ese estado. La historia familiar mostraba disturbios psicopáticos y psicóticos en la rama paterna. El paciente era un joven intranquilo, ansioso, narcisista, desconfiado, reticente y fabulador. Fue hospitalizado por segunda vez por presentar alcoholismo con embriaguez patológica. Mostraba también marcada celotipia. Con estos datos se llegó al diagnóstico de personalidad psicopática de tipo paranoide y dipsomanía.

En lo que se refiere al sexo femenino podemos citar la observación número 8613, una alumna de la Escuela de Enfermeras, de 19 años de edad, quién ingresó al hospital en coma por ingestión de barbitúricos. Cuando volvió en sí la paciente informó que se había habituado al uso de anfetamina, para poder cumplir con las exigencias del estudio, y después como no podía dormir, se acostumbró también al uso de barbitúricos. Cursaba el 1º año y en el primer semestre ya estaba desaprobada en tres materias. Según el psicólogo que la examinó al ingreso mostraba tendencia a la desinhibición en la conducta expresiva, poniendo en juego la sexualidad en actividad de juego en general, impresionando como coqueta y con inteligencia normal inferior.

Durante el año de estudio llamó la atención su exagerada tendencia a familiarizarse con internos y pacientes jóvenes del sexo opuesto. Se apretaba mucho la cintura y movía las caderas exageradamente al caminar. Por lo que se le llamó la atención, pero contestaba que no tenía la culpa de estar formada así. Una de sus hermanas ha sido también amonestada por observar una conducta impropia dentro del hospital. Cuando la paciente se interesaba en un médico o interno,

abandonaba su servicio para estar constantemente detrás de la persona que le atraía. Demostró además indisciplina e irritabilidad cuando se le llamaba la atención por esta conducta. El intento de suicidio fue en realidad consecutivo a una reprensión de sus superiores. Las pruebas proyectivas mostraron serios disturbios de la personalidad.

El quinto grupo lo constituyen las psicosis, (tabla 5). Se han observado 16 reacciones de esta variedad (13 en hombres y 3 en mujeres). Casi todos los pacientes estaban entre los 15 y 20 y los 20 y 25 años. La mayoría (nueve) procedían de la escuela de alumnos, tres eran cadetes, tres universitarios y uno postulante a la universidad. Las formas clínicas encontradas fueron 13 reacciones esquizofrénicas, dos psicosis sintomáticas y una psicosis maniaco depresiva.

Tabla Nº 5. Psicosis en un grupo de 130 estudiantes

Sexo		Edades			Instituto			
M	**F**	**15-20**	**20-25**	**25-30**	**EA**	**EC**	**Univ.**	**PU**
13	3	6	9	1	9	3	3	1

Variedades Clínicas

Esquiz.	Man. Dep.	Ps. Sintomat.
13	1	2

Abreviaturas

Esquiz. = Psicosis Esquizofrénica
Man. Dep. = Psicosis Maniaco - Depresiva
Ps. Sintomat. = Psicosis Sintomática

Como ejemplo de la primera puede citarse el caso número 2410, alumno de 22 años de edad quién el 5 de julio de 1952 bruscamente comienza agredir a los compañeros por lo cual es internado en el calabozo. Allí insulta a todos los que se le acercan, se golpea contra las paredes, se declara en huelga de hambre y en dos ocasiones rompió las puertas, destrozando las ropas y escapando totalmente desnudo. El 28-6-52 comenzó a decir que era Cristo, que su cabeza y dentadura

eran de oro y seguía agrediendo a sus compañeros, faltando de palabra a los superiores, no se alimentaba ni dormía. Cuando ingresó al servicio estaba completamente agitado, decía que quería matar, que le echaran un toro para luchar, que le dieran una mujer para practicar actividad genésica y que a falta de mujer le trajeran "al más feo". Estaba verborreico, incoherente, agresivo y alucinado. Las voces le decían "cosas malas", sentía que tenía el corazón atravesado por puñales, los dientes y las manos le pesaban porque eran de oro, el pensamiento lo percibía sonoro "oigo mis pensamientos" y tenía ideas delusivas de daño. Fue tratado por electro shock y sedación lográndose rápida remisión de cuadro psicótico.

Sólo hemos tenido en el sexto grupo un caso de reacción situacional, en paciente de sexo masculino que curó completamente cuando logró salir de la Escuela.

Hemos observado también algunas asociaciones dentro de estas reacciones psicopatológicas en los estudiantes. Por ejemplo en un paciente la tuberculosis desencadenó un cuadro de ansiedad y en otro una psicosis sintomática. Una de las enfermas con psicosis hizo un intento de suicidio y dos de las pacientes con desórdenes de la personalidad también realizaron tentativas serias de auto-eliminación. Un alcohólico tenía personalidad paranoide y otro alcohólico un desorden sociopático de la personalidad.

COMENTARIO

La investigación psicológica de 3,312 jóvenes físicamente sanos, postulantes a la Guardia Civil, Policía de Investigaciones y Sanidad de Gobierno y Policía, demostró que la incidencia de perturbaciones mentales incompatibles con un buen ajuste institucional es del 26.9 por ciento, predominando los grupos que demostraban múltiples manifestaciones neuróticas o insuficiente rendimiento en las pruebas para determinar la capacidad intelectual.

El empleo de una nueva técnica para el examen de los candidatos, implantada después de 1959, donde se emplean tests mentales colectivos, entrevistas psiquiátricas y uso de tests individuales (psicométricos y proyectivos), ha permitido eliminar un gran número de postulantes que presentaban déficit intelectual, enfermedades orgánicas del cerebro y afecciones neuróticas. En cambio, ha sido más difícil excluir

a los que tienen desórdenes de la personalidad, que se han revelado generalmente por trastornos de la conducta durante el período de instrucción o en el servicio. Un número escaso de candidatos han desarrollado enfermedades psicóticas, especialmente esquizofrenia, poco tiempo después de ingresar a la Policía.

De lo expuesto se puede deducir que, infortunadamente, es necesario establecer procedimientos de selección en los institutos de enseñanza superior, porque los estudiantes que ingresan enfermos o enferman en el período de instrucción impiden la aceptación de otros individuos sanos, y los alumnos que poseen disturbios serios de la personalidad ocasionan graves perturbaciones en la vida institucional o profesional. Los que muestran deficiencia intelectual son incapaces de aprobar los cursos y presentan reacciones psicosomáticas o conversivas como respuesta al fracaso académico.

Por otra parte, la pequeña serie estudiada de paciente psiquiátricos demuestra que en los alumnos Universitarios y de Escuelas Superiores se presentan todos los tipos de desórdenes mentales, predominando las neurosis y los desórdenes psicosomáticos. Los desórdenes orgánicos son numerosos en nuestro grupo, especialmente antes de 1959 en que se estableció un examen psicológico más riguroso para el ingreso a las Escuelas de la GC y de la PIP. Los desórdenes de la personalidad y las psicosis constituyen un grupo no despreciable dentro de la psicopatología estudiantil.

Nuestra serie puede compararse con la de Selzer (15), quien en un estudio diagnóstico de 506 estudiantes que concurrieron a su servicio encontró que los desórdenes psiconeuróticos llegaron al 35.4 por ciento, los desórdenes de la personalidad al 21.5 por ciento, la esquizofrenia al 21.7 por ciento y las reacciones situacionales sólo el 8.3 por ciento. Lo mismo sucedió con la investigación de Pitts (9) y colaboradores, quienes al entrevistar psiquiátricamente a 40 estudiantes de medicina del primer año, encontraron que seis o sea el 15 por ciento, estaban psíquicamente enfermos (tres eran maniaco-depresivos, uno ansioso, uno alcohólico crónico y uno enfermo pero no diagnosticado).

Si bien los problemas sexuales de nuestros pacientes les han preocupado considerablemente, no constituyen la manifestación fundamental para la consulta psiquiátrica como sucedió con los casos de Madame Levy-Valensi (6). La desviación sexual y la homosexualidad tampoco alcanzaron cifras que pueden compararse a las encontradas por

Spencer (16), Whitener (18) o Mendelshon (7), en investigaciones independientes, que suman hasta el 51% de los pacientes psiquiátricos. El suicidio tampoco ha adquirido la elevada incidencia que se ha observado en Universidades americanas o inglesas, según han comunicado Rook (14), Braaten (1) y Jensen (4), en sendos trabajos.

De lo expuesto se deduce que es necesario establecer servicios eficaces de asistencia psiquiátrica para los estudiantes Universitarios y de Institutos Superiores. Estos servicios deben ser independientes de los aspectos académicos y disciplinarios del plantel (3, 10). Cuando el psiquiatra tiene que emitir una opinión acerca del deficiente rendimiento del estudiante o de sus disturbios de conducta o sobre sus perturbaciones sexuales, generalmente no está en condiciones adecuadas para emprender el tratamiento psiquiátrico de estos pacientes, puesto que no cuenta con motivación ni confianza del enfermo. Sin embargo, muchos de ellos son recuperables y pueden llegar a ser excelentes profesionales.

Es por eso, imperativo que las autoridades universitarias establezcan centro de salud mental para los estudiantes, suficientemente dotados de personal a tiempo completo, y que no tengan responsabilidad sobre la disciplina o el rendimiento de los mismos.

RESUMEN

Se presentan los resultados de una investigación realizada en dos de las secciones del Departamento de Psiquiatría: la sección de selección para las escuelas técnicas y la sección asistencial para estudiantes.

En 3312 postulantes para el ingreso a seis escuelas de la Guardia Civil, Policía de Investigaciones y Sanidad de Gobierno y Policía, se encontró una incidencia de 26.9 por ciento de desórdenes psicológicos incompatibles con un buen ajuste institucional; de éstos el 11.6 por ciento tenían un rendimiento intelectual insuficiente, el 17.2 por ciento mostraban francas manifestaciones neuróticas, el 7.6 por ciento exhibieron disturbios del comportamiento compatibles con desórdenes de la personalidad y el 0.5 por ciento ofrecieron datos de manifestaciones convulsivas.

En 4405 historias clínicas de la sección asistencial se hallaron 130 pacientes que estudiaban en universidades e institutos superiores. En estos jóvenes se encontró 42 pacientes neuróticos, 27 con desórdenes

psicosomáticos, 26 con disturbios orgánicos, 20 con trastornos de la personalidad y 16 con psicosis.

De este trabajo se concluye que es necesario establecer servicios eficaces de asistencia psiquiátrica para los estudiantes universitarios y de institutos superiores, en todos los lugares donde funcionen dichos centros de enseñanza.

SUMMARY

The incidence of mental disease was investigated in two sections of a psychiatric department in a general hospital, one dealing with selection and the other with treatment of young adults.

Of 3312 "physically healthy" candidates to six superior technical schools there was an incidence of 26.9 per cent of psychological disorders incompatible with an adequate institucional adjustment. The main disturbances were: intellectual insufficiency 11.6 per cent; neurotic disorders 17.2 per cent; behaviour problems compatible with personality disorders 7.6 per cent and convulsive disorders 0.5 per cent.

Of 4405 clinical records, from the treatment section of the department, 130 young patients were university students. The incidence of mental disorder in this group were as follows: 42 neurotic reactions, 27 psychophysiologic disorders, 26 organic reactions (mainly epileptic), 20 personality disorders and 16 psychoses.

The considerable incidence of mental disorder in young adults, suggests that it is necessary to establish independent and adequate treatment services in the university setting.

BIBLIOGRAFIA

1. BRAATEN, L. J. & DARLING, C. D. Suicidal. Tendencies among college students. Psychiat. Quart. 36: 665-692, 1962. — 2. CARAVEDO, B. & VALDIVIA, O. Un estudio de salud mental en una muestra de población industrial. Rev. Psiquiat. Peruan. 3: 47-64, 1960. — 3. GAU, N. L'activité du Comité Universitaire pour la Santé Mentale. Hyg. Ment. 46: 154-168, 1957. — 4. JENSEN V. W. Evaluating the suicide impulse in the University setting. J. Lancet 75: 441-444, 1955. — 5. JERI, R. y col. Selección psicológica en individuos físicamente sanos. Rev. Psiquiat. Peruan. 3: 146-164, 1960. — 6. LEVY-VALENSI, A. Les problemes sexuals des étudiants. Hyg. Ment. 48: 112-125, 1959. — 7. MENDELSOHN, F. & ROSS, M. An Analysis of 133 homosexuals seen at a University Student Health Service. Dis. Nerv.

Syst. 20: 246-250, 1959. — 8. PRINCE, R. The "Brain Fag Syndrome" in Nigerian Students. J. Ment. Sci. 106: 559-570, 1960. — 9. PITTS, F. N. y col. Psychiatric syndromes, anxiety symptoms and responses to stress in medical students. Amer. J. Psychiat. 118: 333-340, 1961. — 10. QUERIDO, A. Internationale Conferentie over de universiteit en de geestelijke volksgezondheid. Maandbl. Geest. Volksgezondh. 11: 387-390, 1956. — 11. ROTONDO, H. Estudio de la moral en la colectividad de Mendocita. Rev. Psiquiat. Peruan. 1: 259-271, 1958. — 12. Morbilidad psiquiátrica en un área urbana en estado de desorganización. Rev. Psiquiat. Peruan. 2: 132-137, 1959. — 13. Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. Rev. Psiquiat. Peruan. 2: 242-274, 1959. — 14. ROOK, A. Students Suicides. BRIT. Mend. J. 1: 599-603, 1959. — 15. SELZER, M. L. The happ college students myth. Psychiatric implications. Arch. Gen. Psychiat. 2: 131-136 1960. — 16. SPENCER, S. J. G. Homosexuality among Oxford Undergraduates. J. Ment. Sci. 105: 393-405, 1959. — 17. WAGGONER, R. W. & ZEIGTER, T. W. Psychiatric factors in medical students in difficulty. Amer. J. Psychiat. 117: 727-731, 1961. — 18. WHITENER, R. W. & WIKELLY, A. Sexual desviation in college students. Amer. J. Orthopsychiat. 34: 486-492, 1964.

EL PROCESO EDUCACIONAL Y EL CARACTER PERSONAL

FERNANDO OYARZÚN *

Observado desde un punto de vista psicológico, el proceso educacional es una actividad extremadamente compleja. El estudiante, por una parte, debe adquirir verdades culturales, aspecto informativo de por sí enriquecedor de su personalidad. Por otra parte, unido complementariamente con lo anterior, está el aspecto psicológicamente formativo, el creador de actitudes tanto intelectuales como afectivas. Es decir,aquello que más en definitiva contribuye a la estructuración de un modo de ser personal.

El proceso educacional, en el doble aspecto señalado, descansa en el cimiento de la relación interpersonal. Me refiero, particularmente, a la fundamental establecida entre el que enseña y el que aprende, entre el educador y el educando. En ella descansa, básica y esencialmente, la acción psicológicamente formadora del proceso educacional. Por lo mismo, el análisis de dicha relación constituirá el tema central del presente trabajo. En su contexto, por lo demás, la adquisición de verdades culturales adquiere un sentido peculiar, como veremos.

Antes de entrar más directamente en el estudio del problema, es necesario señalar algunos hechos de valor antropológico propios de la relación humana y que aquí son atingentes. Desde luego, ya Platón afirmaba que en la relación interpersonal predomina la función de integración y que, opuestamente, en la soledad excesiva predomina la de desdoblamiento. Llevada esta afirmación al plano psicológico, puede afirmarse que la normalidad o anormalidad de la persona depende, en medida importante, del modo como se establezcan en el pre-

* Clínica Psiquiátrica. Universidad de Chile.

sente y se hayan desenvuelto en el pasado, las relaciones interpersonales.

En seguida, constituye también un hecho de decisiva importancia psicológica el que la experiencia de relación humana, a la vez que representa esa probabilidad de integración de la persona, también implica el riesgo contrapuesto; es decir, si ella se da insatisfactoriamente, puede conducir a un grado extremo de desintegración personal.

Por otra parte, como lo sostiene Schwartzmann (1), existen las siguientes relaciones de sentido: "A la inmediatez ante el prójimo corresponde la mediatización frente al mundo y la mediatización ante los demás corresponde la inmediatez frente al mundo". Luego veremos las proyecciones psicológicas de este aserto.

En la experiencia de relación interpersonal, en general, y muy particularmente en las del tipo que ahora analizamos, se produce una compleja interacción comunicativa. Se establece, desde el primer momento, un intenso intercambio de significados. Estos pueden ser distinguidos en dos clases. Por un lado, están los denominados (2) referenciales o semánticos, los cuales aluden a contenidos de ideas, necesarias en la información. Por otro, el significado empático-afectivo, el que representa con mayor propiedad lo personal de la intercomunicación.

Mientras el primer tipo de significado es vehiculizado, predominantemente, por el contenido verbal, el segundo lo es, de modo predominante, por los aspectos formales, tanto extraverbales como en la forma de la misma expresión verbal: la postura corporal, los ademanes, los gestos mímicos, el modo de la mirada, la tonalidad de la voz, el ritmo del lenguaje, etc. En una palabra, esta segunda modalidad de significación encarna en una estructura fisonómica compleja. En mi opinión, justamente, es en esta estructura donde se objetiviza lo que aquí se designa como carácter personal, en tanto éste tiene que ver con el plano afectivo. El propósito más definido y circunscrito de este trabajo es un intento de ahondar, precisamente, en el análisis de este aspecto del problema.

Mediante las experiencias de relación con el educador, a través del tiempo, el estudiante va estableciendo importantes nexos de sentido. Desde luego, entre lo enseñado y quien enseña, produciéndose una identificación entre ambos, lo que conduce a una personificación de la materia motivo de aprendizaje. En seguida, está la relación misma del

estudiante con el educador. Si la forma de trato de quien enseña hacia el que aprende es satisfactoria, en la mente de este último se producirá una personificación positiva de aquél. De este modo la persona del educador aparecerá a los ojos del estudiante, como una figura expresiva dueña de un favorable significado empático-afectivo.

Correlativamente, por mediación de la influencia de esa favorable irradiación expresiva de la figura formadora, el estudiante va experimentando un sentimiento positivo de sí mismo, tanto en su calidad de aprendiz de una disciplina como en su valor personal total. En otros términos, se va delineando satisfactoriamente la imagen de sí. Por lo demás, ambos hechos: la personificación del otro y la de sí mismo, son aspectos distinguibles de un solo todo, constituyen una unidad de sentido.

Este sentimiento de sí mismo, esta imagen de sí, va quedando sustentada desde dentro por la imagen representativa de la figura modelo. Se trata, por tanto, de una estructura psicológica interior, subjetiva, también poseedora de valor fisonómico, en la medida en que representa a la figura expresiva del modelo, cuya realidad ha sido externa, objetiva y presente. La influencia de tal imagen en la personalidad en formación del educando queda denotada por la modificación de su propia expresión, de su propia figura. Figura expresiva propia que, a su vez, es fuente, base de sustentación de su imagen personal. Puede advertirse, a través de la descripción de este proceso psicológico, una conexión muy íntima entre la identificación —el hacer propio algo perteneciente al otro— y la propia identidad personal (3).

En la personalidad en desarrollo y formación existen entre otras, dos necesidades psicológicas muy importantes. Por un lado, la necesidad de estructurar en la mente de la figura modelo una imagen que la represente adecuadamente. Esta imagen de exteriorización, (4) expresiva, va a constituir una base de sustentación afectiva de su persona. Si ello es logrado de modo satisfactorio lo que, naturalmente, depende también de la receptividad del modelo la figura expresiva ajena adquiere plenamente el valor de un auténtico modelo. Figura que, una vez interiorizada por el estudiante mediante su capacidad y acción receptiva, pasa a constituir una base excelente de sustentación interior.

De esta manera llega a completarse un círculo complejo de conexiones estructurales significativas. Se trata de una unidad de sentido, base del carácter personal. Círculo que es poseedor de numerosas im-

plicaciones psicológicas, las que aquí sólo cabe nombrar: complementariedades dialécticas de lo subjetivo-objetivo, interno-externo, pasado-presente, relación de la parte y del todo, realidad-fantasía, etc.

Es una estructura de sentido que se constituye a partir de experiencias de relación interpersonal de fundamental importancia en el desarrollo de la personalidad. Básicas en este sentido son las relaciones padres-niños, profesor-alumno, de la que aquí nos preocupamos ahora. Círculo que se pone en juego también en situaciones de convivencia de tanta importancia como la relación conyugal; y que, por último, es observable con claridad en el desenvolvimiento de la relación médico-enfermo en la experiencia psicoterapéutica.

Se trata de un complejo proceso psicológico personificador, formador del carácter personal, el que puede alcanzar un nivel suficiente de estructuración integrativa, lo que es propio de la normalidad. Y que está sobremanera expuesto, asimismo, a no alcanzar tal nivel, lo que implica una alteración en el desarrollo del carácter personal.

Su logro favorable representa una interiorización satisfactoria de la persona del otro, en este caso de la figura expresiva del modelo. Imagen interiorizada que constituye una síntesis dialéctica de lo ajeno y lo propio, hecho que posee una importancia esencial en la estructuración de la persona. Esto es lo contrario de una relación interpersonal no interiorizada, sino externa, superficial, no singularizada; en resumen, impersonal.

En referencia al proceso educacional, a la relación básica profesor-estudiante, el proceso psicológico descrito posee, a mi juicio, una decisiva importancia. Si la estructura de sentido descrita es obtenida suficientemente, la verdad cultural, el conocimiento adquirido, se imanta de una significación personal de la que carece si aquélla no es obtenida. Ello se objetiva en diversas direcciones. La mente del estudiante ve acrecentada su capacidad de objetividad; se amplía su conciencia en la aprehensión de significados. Se produce interiormente un nexo afectivo favorable con el conocimiento. Esto favorece el aumento del interés motivante del aprendizaje. Los conocimientos mismos son interiorizados con mayor hondura, con lo cual se hacen más auténticamente formativos. La tríada constituida por estudiante-educador-conocimiento constituye, así, una viva estructura integrativa.

El desenvolvimiento satisfactorio de este proceso psicológico, puede ser perturbado por numerosos motivos, obstaculizadores de la es-

tructuración de relaciones interpersonales satisfactorias. Entre ellos, cabe hacer referencia destacada a dos series, dada su influencia relevante desde un punto de vista psicológico.

En primer témino, motivos derivados de la biografía personal del estudiante. Se trata de la falta de experiencias adecuadamente formadoras y la existencia de otras con capacidad deformadora del carácter personal. De acuerdo con nuestros estudios clínicos, han cobrado especial relieve patogénico las deficiencias de las figuras formadoras fundamentales, en especial las parentales. Ello ha significado perturbaciones en los procesos identificatorios, tempranos. Correlativamente, ha sido interferido el proceso de auto-apreciación, de una más adecuada delineación de la propia imagen, de la base afectiva del concepto de la identidad personal (5).

Estas deficiencias en la estructuración del carácter personal, colocan al estudiante con frecuencia en situaciones difíciles, conflictivas, en el enfrentamiento con las nuevas figuras formadoras. Así, por ejemplo, se observa clínicamente como es identificada una figura actual con otras negativas del pasado, lo que conduce al surgimiento de expresiones neuróticas. En ocasiones surgen acentuadas inhibiciones, como sucede en situaciones de rendir pruebas o exámenes. O bien, se estructuran actitudes de exagerada, enfática, autoafirmación impregnadas de desconfianza, las cuales enmascaran defensivamente inseguridades, desmedidas necesidades de apoyo afectivo subyacentes.

Se trata, en general, de la influencia desfavorable del pasado en el presente, lo que interfiere al normal desenvolvimiento del proceso educacional. Todo esto es lo que observamos con acentuada frecuencia en el numeroso grupo de estudiantes con rasgos neuróticos de su carácter personal.

En segundo término, hay motivos perturbadores surgidos desde el campo sociocultural. Es decir, productos de las modalidades de convivencia de la época contemporánea. En efecto, como ha sido señalado (6), las relaciones interhumanas en la época actual pecan de exterioridad, fugacidad, utilitarismo; hay una insuficiente singularización del prójimo. Este, en gran medida, es definido antes por su papel de pieza de un engranaje que por su condición de persona. En el mismo sentido influye el desequilibrio a favor de un intenso y disperso intercambio informativo sobre la débil intercomunicación genuina. En seguida, la nuestra es una sociedad de cambio, con movilidad acentua-

da, en la que se producen desplazamientos demasiado bruscos, tanto geográficos —desde áreas rurales a urbanas, surgiendo conflictos de valores culturales— como de estratos sociales. Todo ello con frecuencia conduce a que la persona se desconcierte respecto de sí mismo y que se refugie muchas veces en un acentuado hermetismo interior.

Toda esta situación psico-sociológica, que aquí sólo cabe esbozar, afecta al proceso educacional en todas sus etapas. E, indudablemente, lo que se lesiona de modo más ostensible es el plano formativo, estructurador de la persona, el cual en forma sintética se ha tratado de describir de este trabajo. Insistiendo en un aspecto antes señalado: el desarrollo normal de tal proceso formativo requiere, fundamentalmente, de experiencias de relación interpersonal interiorizadas, personificadoras. También el proceso de racionalización y tecnificación crecientes de la época contemporánea, ha penetrado en la educación. Extensos programas de materias por desarrollar; excesivo número de estudiantes y escasez de personal docente, en medio de un ritmo general de vida acelerado, por momentos frenético, dificultan seriamente el establecimiento de ese tipo de relaciones interpersonales. Ellas requieren de tiempo, espacio, tranquilidad y cultura psicológica de parte de quienes tienen la tarea de educar. Tarea cuya trascendencia, se ve acrecentada por las deficiencias psicológicas de la vida familiar de las relaciones humanas en el hogar.

La adquisición de disciplinas culturales de cualquiera índole que sea, cuando no se produce en el contexto de la relación satisfactoria; es decir, cuando no hay la suficiente interiorización del estudiante con el educador y de éste en la mente de aquél, corre el riesgo de convertirse en un conocimiento despersonificador, deshumanizante. Es decir, de no llegar a ser un conocimiento auténticamente formativo, sino aún deformador del modo de ser personal. Es el riesgo, tan frecuente en la época actual, del desaparecimiento de la persona aplastada por la estereotipia profesional, la cual muchas veces es una egocéntrica estructura. Se trata, en estos casos desfavorables, de un conocimiento que no guarda una íntima conexión de sentido con la estructura psicológica de lo personal, que es constitutivamente interpersonal. Cuando esto sucede favorablemente, en cambio, el conocimiento deviene auténticamente expresivo, comunicativo, lo que permite el que se entrelacen, formando un todo, el interés propio, la necesidad de realización de sí mismo, y el interés ajeno, del otro y del grupo a que se pertenece, con cuyos destinos la persona se identifica también.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHWARTZMANN, F. "El sentimiento de lo humano en América" Edición Universitaria 1950, T. I. — 2. GASTE, S. "Lenguaje y Significado". Acta psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 1965, II - 260. — 3. OYARZUN, F. "El Carácter personal". Contribución a la psicología y psicopatología del carácter. (por publicar). — 4. OYARZUN F. "El carácter personal". Contribución a la psicología y psicopatología del carácter. (por publicar). — 5. ERIKSON, H. E. "Identity and the Life Cycle. Psychological Issues. Vol. I. 1959. — 6. SCHWATZMANN, F. "El sentimiento de lo humano en América. Ed. Universitaria, 1950, T. I.

MELANOBLASTOMATOSIS NEURO-CUTANEA CONGENITA

Estudio clínico-patológico de un caso con nevos pilosos múltiples, meningomelanismo y melanomas encefálicas

Raúl Jerí, * Enma Reyes ** y Fernando Cabieses ***

Existen varios tipos de tumores pigmentados capaces de comprometer, de manera primitiva o secundaria, al sistema nervioso. El más común es probablemente el melanoma metastásico, originario de la piel, las mucosas o el tracto uveal. Son menos frecuentes las asociaciones de melanosis neurocutáneas, algunas de las cuales pueden sufrir hiperplasia tisular, transformándose en melanomas. En cambio, son aún más raros los meningiomas melánicos o melanosarcomas, neoplasias de evolución maligna, que pueden confundirse fácilmente con los melanoblastomas primarios de las meninges, si es que no se emplean técnicas de decoloración durante la investigación histológica. El melanoma primario de la duramadre es extremadamente raro, desde que esta capa normalmente no contiene melanoblastos.

Dentro de los melanomas o melanosis neurocutáneas, se han descrito gran variedad de combinaciones clínico-patológicas, que varían desde la hiperpigmentación pasando por la hiperplasia pigmentaria simple, hasta la formación de neoplasias benignas o malignas. Entre nosotros Escalante (1965) ha observado pacientes de raza negra o mulatos, con pequeños nevi pigmentados, simétricos, sesiles, asociados a sobrecarga pigmentaria difusa de las leptomeninges, que fueron considerados por él como formas incompletas de facomatosis.

El pigmento negro normal del cerebro humano fue revelado por d'Azyr en 1786. La primera comprobación de la melanosarcomatosis primaria de la aracnoides en el cerebro, el cerebelo y la médula fue

* **Profesor Principal de Neurología.**
** **Médico Asistente, Departamento de Patología Hospital 2 de Mayo.**
*** **Profesor de Cirugía, Hospital 2 de Mayo.**

comunicada en 1859 por Virchow. La asociación de hiperpigmentación simultánea de la piel y del sistema nervioso data de muy antiguo, la primera descripción de autopsia fue hecha por Rokitanski en 1861. La asociación de melanosis con neurofibromatosis data del trabajo inicial de Von Recklinhausen publicado en 1882. Otro caso fue comentado posteriormente por Berblinger en 1915. Recientemente Van Bogaert ha llamado la atención sobre el factor genético en los melanoblastomas neurocutáneos, comprobando 17 pacientes con desórdenes de esta naturaleza, dentro de 20 miembros de una familia estudiada en tres generaciones. Nosotros hemos tenido oportunidad de hacer un estudio clínico y patológico de un paciente que presentaba manifestaciones compatibles con una melanoblastomatosis neurocutánea congénita y hereditaria, de evolución maligna. La rareza del cuadro clínico, la extensión y variedad de las lesiones patológicas y los problemas patogénicos, nos mueven a hacer esta presentación.

OBSERVACION CLINICA

Se trataba de una paciente de sexo masculino, raza mestiza (predominante indígena), de 18 años de edad, estudiante, quien fue transferido de la Sala Julián Arce del Hospital Dos de Mayo (Jefe Dr. Carlos Lanfranco), a la Sala San Luis del mismo nosocomio, con el fin de proceder a un estudio neurológico.

Según datos proporcionados por el propio paciente, la enfermedad actual había comenzado insidiosamente, cinco meses antes del ingreso al Hospital, por dificultad progresiva en la deambulación, con tendencia a caer hacia los lados o hacia adelante o atrás. Un mes antes del internamiento comenzó a sufrir de dolores de cabeza, cada vez más intensos y persistentes, más marcados en las noches y ulteriormente asociados a náuseas y vómitos, fotofobia, zumbidos en los oídos, visión doble y finalmente compromiso de la conciencia. En estas condiciones fue admitido a la Sala Julián Arce, donde se comprobó somnolencia, alternando con períodos durante los cuales el paciente lanzaba gritos, por la intensidad de la cefalea. Al notar que tenía rigidez de nuca se practicó inmediatamente una punción lumbar recogiéndose un líquido negruzco. Se pensó que se trataría de una punción traumática, por lo que se repitió la raquicentesis, obteniéndose una muestra con los mismos caracteres, fue llamado entonces uno de los residentes neuro-

logos de la Sala San Luis, quién opinó que probablemente se trataba de una hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma de la arteria cerebelosa ántero inferior o malformación arteriovenosa de la cerebral posterior. El examen del líquido cefalo raquídeo, hecho en tres oportunidades, reveló aspecto hemorrágico, aumento de proteínas (105-168 mg.%), reducción de glucosa (26-31 mg.%), reducción de cloruros (530-610 mg.%), ausencia de gérmenes y de bacilos ácido-resistentes.

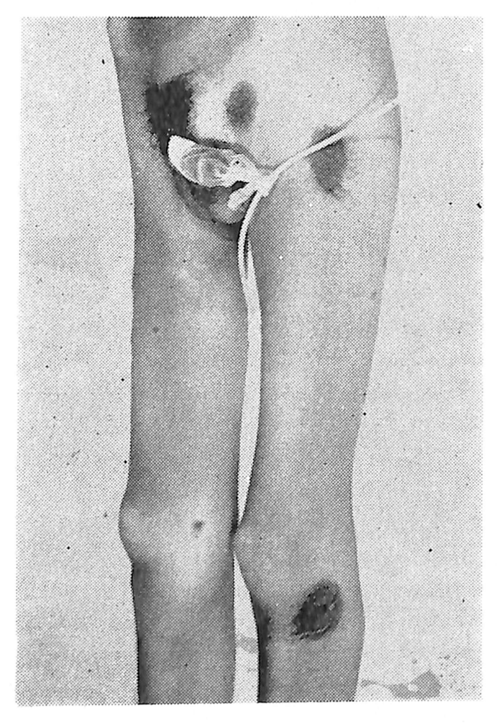


Fig. 1. Presencia de nevus pilosos pigmentados en miembros inferiores, región trocanteria izquierda y región inguinal del mismo lado. Además se puede apreciar el adelgazamiento, del paciente.

Al examen neurológico en ese momento se comprobó que se trataba de un enfermo mestizo, delgado, con numerosos nevi pilosos, intensamente pigmentados en los miembros inferiores, dorso, miembros superiores y abdomen. El paciente estaba confuso y soñoliento, pero colaboraba aceptablemente en el interrogatorio y en la exploración física.

No se objetivaron disturbios del lenguaje. En el fondo del ojo no existía atrofia del nervio óptico ni edema de papila. Pudo comprobarse paresia del motor ocular externo derecho y abolición de ambos reflejos corneales. Existía una paresia facial derecha. También se notaba discreta paresia braquial bilateral, a predominio izquierdo, e hipotonía en los cuatro miembros, más acentuada en el lado izquierdo. Los

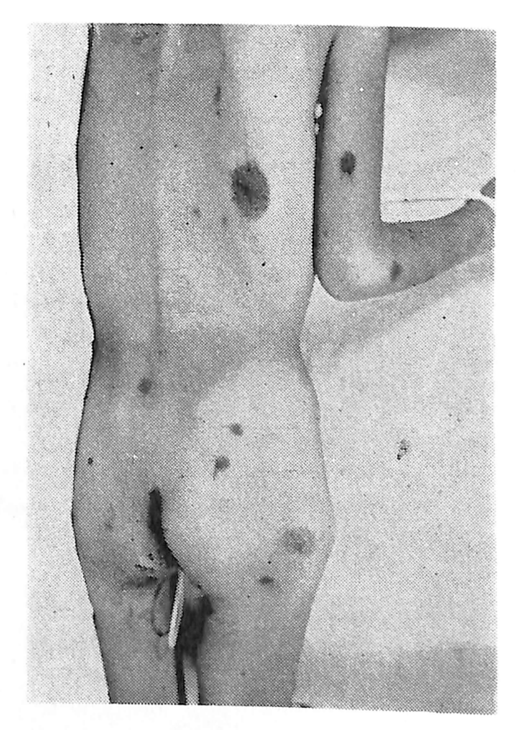


Fig. 2. Fotografía de la región dorsal del paciente y miembro superior, también se aprecia nevus de variado tamaño que presentan pelos finos y largos.

reflejos osteotendinosos eran débiles pero simétricos, no había respuesta a la estimulación cutáneo plantar. Al explorar las pruebas cerebelosas podía apreciarse dismetría y temblor final, más marcado en el lado izquierdo. La sensibilidad tactil y dolorosa estaba normal en tronco y miembros. No pudo hacerse un examen más completo de la sensibilidad por el estado psíquico del paciente. El enfermo quejábase de intensa cefalea y permanecía casi continuamente con los ojos cerrados

por la fotofobia. Apreciábase marcada rigidez de nuca, con signos de Kernig y de Brudsinsky. No habían alteraciones esfinterianas y al intentar la bipedestación y la marcha, observase que podía tenerse en pie, oscilando y requiriendo apoyo. Existía signo de Romberg y la marcha era insegura, tambaleante y con tendencia a caer en todas direcciones. El resto de aparatos y sistemas no mostraba anormalidades.

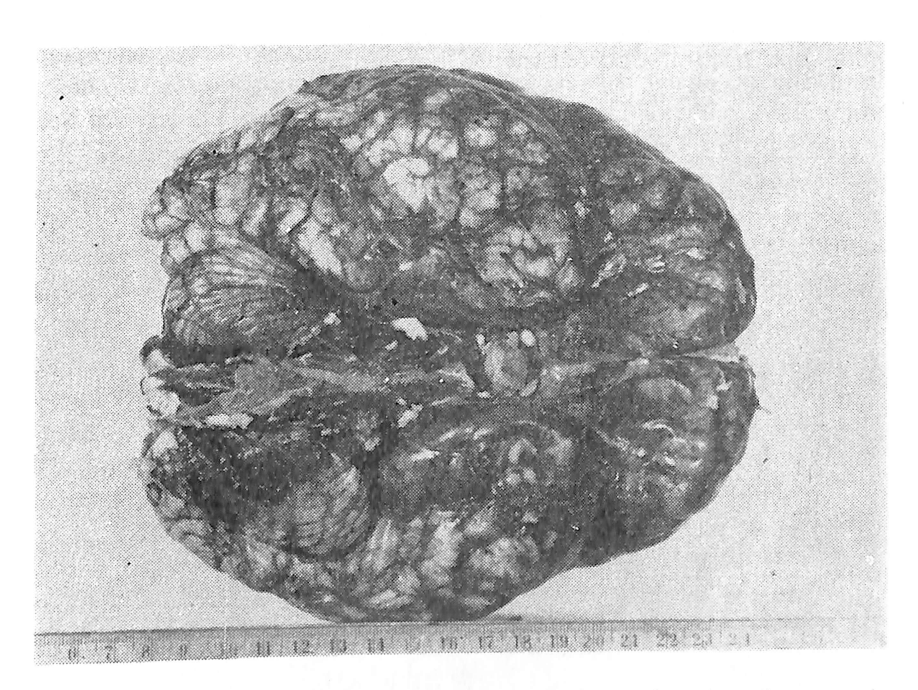


Fig. 3. Vista de la cara inferior del cerebro, se observa la coloración negra de la leptomeninge, más acentuada a nivel de la base, el corte transversal de los nervios craneales los muestra de color blanco, así como también el corte de la médula.

Era evidente, en ese momento, que el paciente presentaba manifestaciones de irritación meníngea asociadas a un déficit cerebeloso, más acentuado en el lado izquierdo.

Se procedió entonces a una exploración angiográfica, inyectándose sustancia de contraste a ambas arterias carótidas por vía transcutánea. Se pudo apreciar que el sistema arterial no mostraba alteraciones aneurismáticas, tumorales ni angiomatosas.

Las pruebas de laboratorio, hechas entre el 14 y el 18 de agosto de 1965, dieron los siguientes resultados: coagulación ocho minutos, sangría dos minutos; hematíes 4'360,000.00 en sangre periférica, leucocitos 6,900, neutrófilos segmentados 71, linfocitos 29. La eritro sedimentación era 16 mm. a la primera hora y 36 mm. a la segunda. Las pruebas diagnósticas para sífilis fueron negativas en sangre. Otras numeraciones hechas en días posteriores arrojaron resultados similares. La punción lumbar demostró una presión inicial de 600 mms. de agua, el líquido era oscuro, aparentemente hemorrágico.

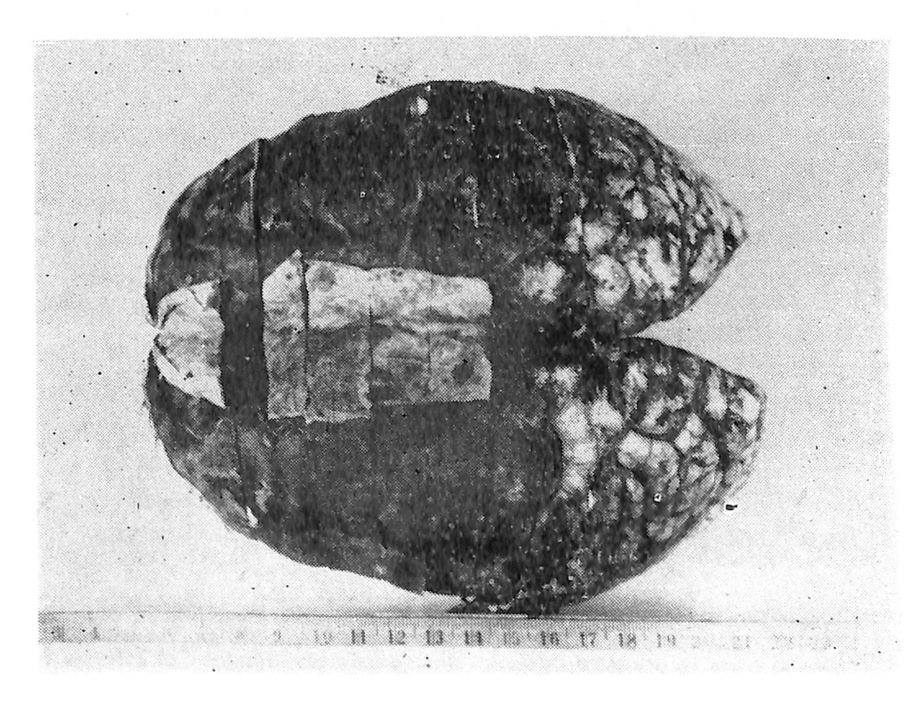


Fig. 4. Vista de la cara superior cerebral, en donde se ve parte de la duramadre con color blanco grisáceo y toda la leptomeninge de color negro más acentuado en los lóbulos frontales y parietales.

En estas condiciones el paciente fue visto por uno de nosotros. Se pudo determinar que el estado general estaba muy comprometido, la desnutrición era evidente por la frecuencia de los vómitos, presentaba ambiopatía bilateral y palidez de las papilas ópticas, pero no se apreciaban pigmentaciones anormales ni tumores o angiomas en la retina.

Los signos de rigidez de nuca eran marcados y era casi imposible obtener datos del paciente acerca de su estado actual. Existía además disminución de los reflejos faríngeos, con caída incompleta del velo del paladar izquierdo. Los reflejos estaban disminuidos con tendencia a la extensión en el cutáneo plantar izquierdo. Se decidió entonces proceder a una craneotomía exploratoria de la fosa posterior, ya que existían signos de hipertensión endocraneana, meningismo y disfusión cerebelosa, así como compromiso de pares craneales bulbo-protuberanciales, que indicaban con toda probabilidad que la lesión se encontraba en las meninges basales y en las proximidades del tallo encefálico.

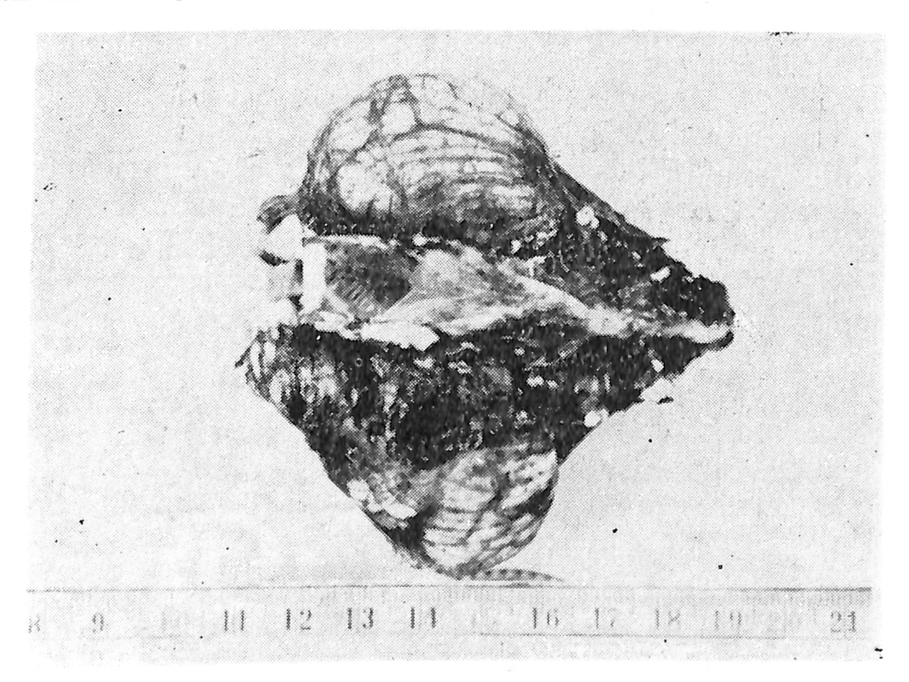


Fig. 5. Cerebelo y tallo cerebral, que también muestra el color negro en la leptomeninge.

El 20 de agosto de 1965 se procedió a la intervención quirúrgica. El informe operatorio fue el siguiente: Incisión sagital, a nivel del inion. Se disecó plano cutáneo, se colocaron separadores Weitlander. Se hizo hemostasia, se incindió aponeurosis. Se disecó plano muscular hasta llegar a la escama del occipital y arcos posteriores de 1ra. y 2da. vértebra cervical. Se resecaron ambos arcos con gubia Stille; con gu-

bia Kerrinson se resecó escama occipital. Se apreció duramadre tensa y de un color azulado. Se incindió ésta a nivel cervical y se amplió hacia arriba. Salió líquido cerebro espinal xantocrómico. Con ganchos de jebe se traccionaron lateralmente la duramadre y se apreció aracnoides de la fosa posterior engrosada, de un color negro azulado que

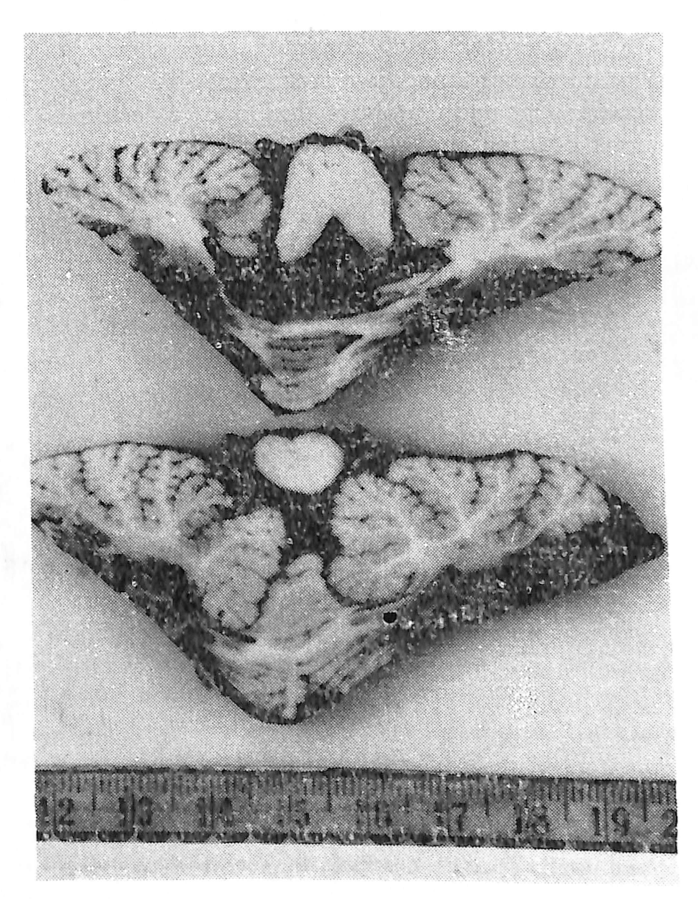


Fig. 6. Corte transversal del cerebelo y tallo cerebral. Se muestra a nivel del cerebelo en la cara superior atrófica del tejido con desaparición de la estructura arborescente en ese nivel y disminución de la sustancia blanca. Además se puede apreciar la dilatación del IV ventrículo.

cubría a todas las estructuras de la fosa posterior a manera de un manguito. Se apreciaron adherencias en las cisternas basales que fueron parcialmente liberadas. No se observaron aneurismas ni malformacio-

nes arteriovenosas. Se exploraron ambos ángulos pontocerebelosos, el cuarto ventrículo era permeable. Se extrajo un fragmento aracnoideo y se envió al laboratorio de Anatomía Patológica. El hemisferio cerebeloso derecho estaba algo disminuido de consistencia. Se dejó duramadre abierta y lo demás se cerró plano por plano, después de comprobar que no existían formaciones expansivas en el cerebelo ni en el tronco encefálico.

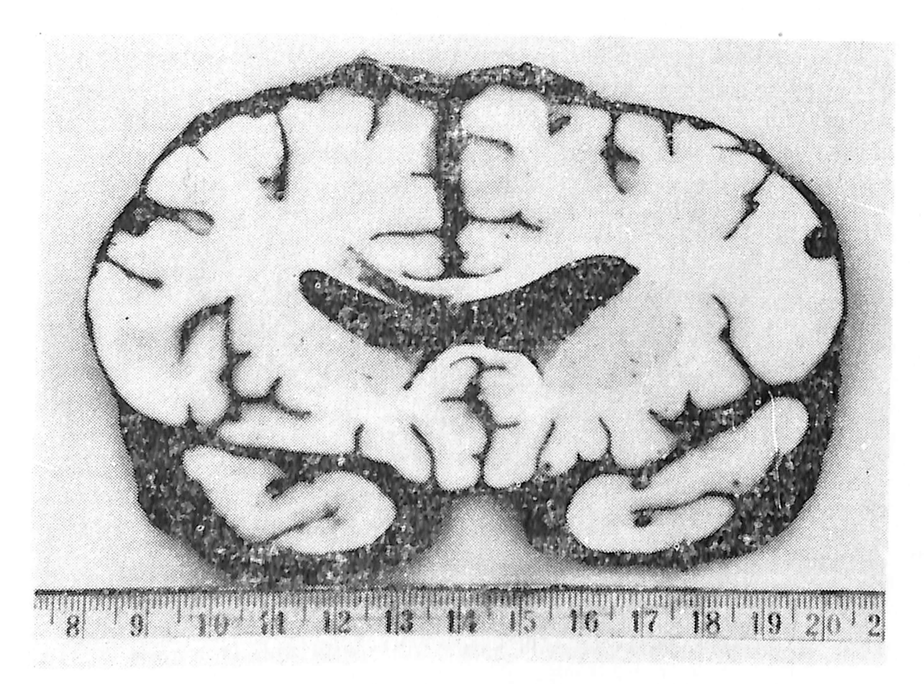


Fig. 7. Corte sagital a nivel del lóbulo frontal y parte del temporal, se ve la leptomeninge recubriendo a los hemisferios cerebrales y pequeños nódulos negros en la sustancia gris. La membrana que tapiza los ventrículos laterales presenta numerosos nódulos de color negro y hay dilatación de los ventrículos laterales.

Al día siguiente el enfermo estaba soñoliento, adolorido, con pupilas midriáticas pero que reaccionaban lentamente a la luz. El 25 de agosto se observó que el paciente estaba febril y quejumbroso, se habían intensificado los signos meníngeos. Se practicó una punción lumbar, obteniéndose líquido fuertemente hemorrágico. Sin embargo, la numeración y fórmula no reveló signos de hemorragia. Continuaba vomitando y quejándose a gritos de la cefalea. El 29 de agosto apare-

ció nistagmus espontáneo, cuando desviaba los ojos hacia el lado izquierdo. Al día siguiente presentó crisis caracterizadas por contracción tónica, en flexión, de las extremidadas superiores, con abundante sudoración y desviación de la cabeza y de los ojos hacia el lado derecho.

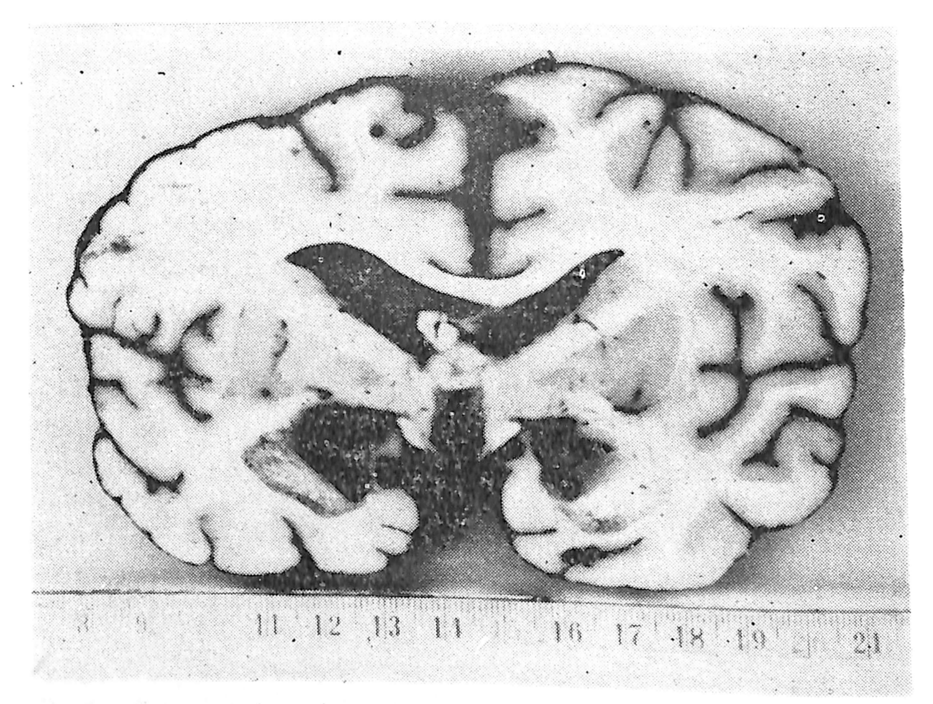


Fig. 8. Corte sagital en el quiasma óptico demostrando nódulos en la sustancia gris a nivel de la cisura interhemisférica de no más de 2 mm. En este corte se puede ver la prolongación esfenoidal del ventrículo lateral sumamente dilatada con una zona de color negro que ocupa la parte más interna hacia el quiasma y nervios ópticos, lesión que es más acentuada en el hemisferio izquierdo, pero también está presente en el derecho. Además se observa la dilatación de los ventrículos laterales, el tercer ventrículo y su comunicación.

Recién en esa etapa fue posible entrevistar a la madre del enfermo. Nos refirió entonces que el padre, fallecido de enfermedad que no fue diagnosticada, tenía también grandes lunares, sin pelo, en número de tres a cuatro, en ambos brazos y en la espalda. El paciente tenía cinco hermanos, mas, él era el único que presentaba nevi. Se recogió asimismo el dato de que el paciente nació con numerosos lunares, en el mismo número y extensión proporcional, a los que presentaba en la actualidad. Al comienzo no tenían pelos pero alrededor de los 14 años

desarrollaron largas pilosidades y fueron aumentando de tamaño, al mismo tiempo que crecía el enfermo. El desarrollo psicomotor fue enteramente normal hasta dos años antes de hospitalizarse (1963). En esa época comenzó a presentar ataques caracterizados por movimientos involuntarios, amplios, rítmicos, de los movimientos superiores, con hiperextensión de los dedos de las manos, oposición del pulgar, flexión de las muñecas y codos, y desviación de la cabeza hacia un lado.

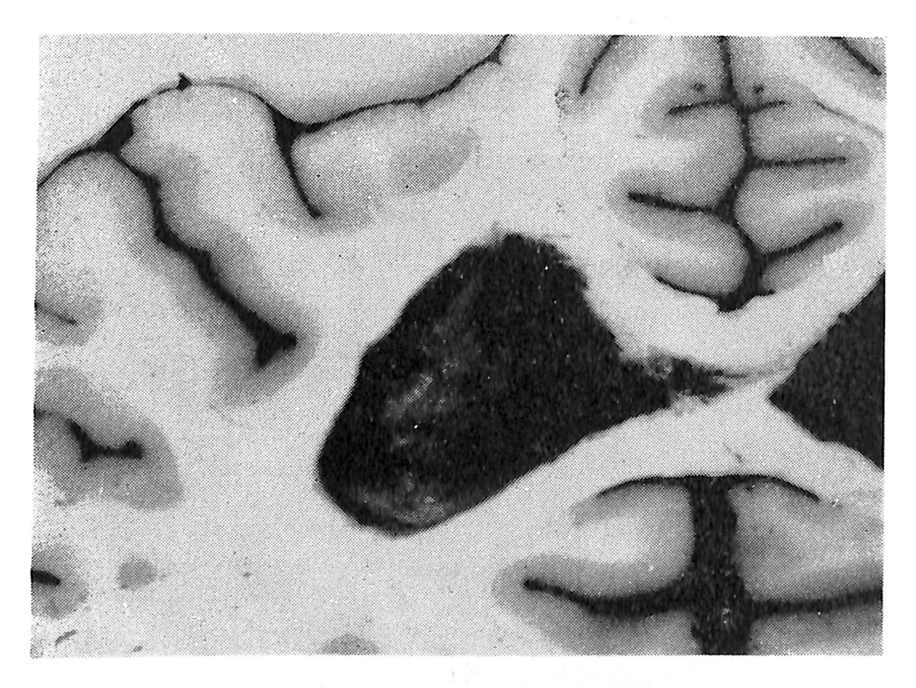


Fig. 9. Fotografía con más acercamiento del cuerno occipital del ventrículo lateral mostrando la gran dilatación y el punteado negruzco.

Aparentemente el enfermo no perdía el conocimiento durante estas crisis y el ataque duraba aproximadamente 10 minutos consecutivos. Los accesos se presentaban con una frecuencia de uno a tres al día, por espacio de un mes. Fue llevado entonces donde un médico, quién indicó posiblemente medicación anticonvulsivante, con la cual se controlaron los ataques hasta que el enfermo ingresó al hospital. Con estos datos se estableció entonces el diagnóstico de melanoblastomatosis neurocutánea congénita y hereditaria.

El estado del paciente fue deteriorándose progresivamente. El 23 de setiembre de 1965 se le hizo un estudio electroencefalográfico, que mostró en las áreas anteriores ondas lentas abundantes, de 1.5 a 3 ciclos por segundo, de alto voltaje, que llegaban hasta 220 microvoltios, difusamente distribuidas y que se presentaban en descargas, sobresaliendo del ritmo de base constituido por ondas de 4-5 c.p.s. En las áreas centrales las ondas lentas eran escasas, predominando ondas theta, de diversas frecuencias, sobre todo las de banda rápida. En las áreas posteriores no se observó actividad alpha organizada, el trazado estaba constituido por ondas theta interpuestas con algunas ondas lentas de bajo voltaje.



Fig. 10. Fotografía a mayor aumento de lóbulo frontal y temporal en donde se puede apreciar la infiltración nodular periférica y parte de la meninge de color negro.

La toma monopolar dió resultados similares. La determinación bipolar, posterior a la hiperventilación, confirmó la predominancia de los potenciales lentos de alto voltaje hacia las áreas frontales; en las áreas centrales y posteriores se observó ritmo theta, más no se notaron sig-

nos de localización. Se trataba por tanto de un trazado con grandes anormalidades, que consistían en desorganización total de los ritmos, presencia de abundantes ondas deltas, de 1.5-3 c.p.s. de alto voltaje y distribución difusa; observándose también en las áreas centrales y posteriores, aunque en menor cuantía, predominando allí los ritmos theta de diversas frecuencias y difusamente distribuidas (Dr. L. Arellano).



Fig. 11. Fotografía a mayor acercamiento de la Fig. 8 a nivel de la cisura interhemisférica y hemisféricos cerebrales en corte sagital, en la sustancia gris se aprecia nódulos de 2 mm. de color negruzco y dilatación de los ventrículos laterales.

El 27 de setiembre el enfermo estaba en coma vigil, sudoroso, con sequedad de mucosas, febril (38°C) pero con presión arterial normal (130/100 mmHg.). Se apreciaba microvesículas, blanquecinas diseminadas en toda la superficie corporal.

En consideración a la agravación progresiva del enfermo se procedió a un estudio ventriculográfico, con el fin de explorar la posibilidad de una formación expansiva intracraneal que pudiera ser controlada mediante nueva intervención operatoria. El informe operatorio indicó: Incisión parasagital derecha a 3 cm. de la línea media, a nivel

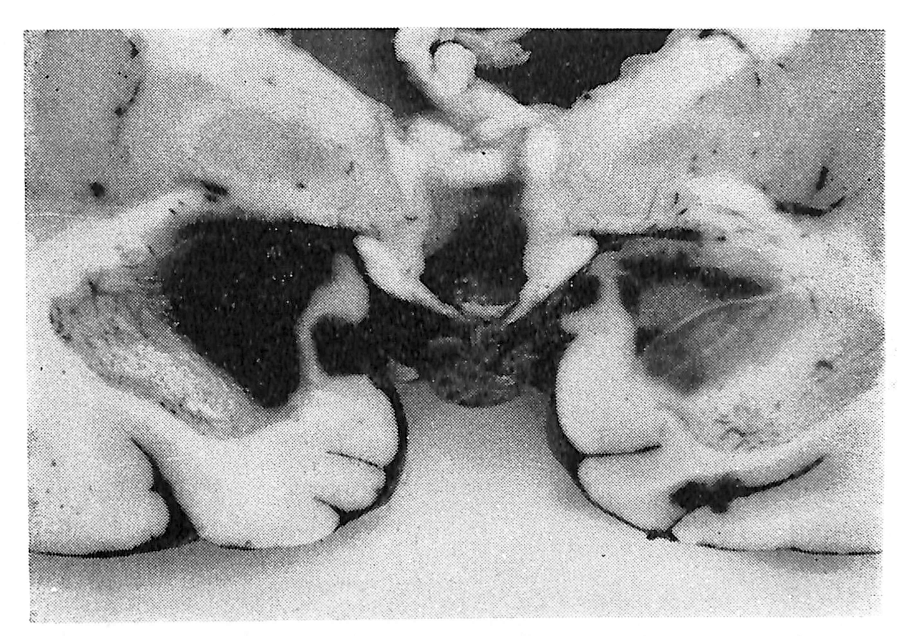


Fig. 12. Fotografía a mayor acercamiento de la Fig. 8 segmento inferior en donde se observa gran dilatación de los agujeros de Monro y del III ventrículo y la prolongación esfenoidal con grandes masas negras en su vecindad.

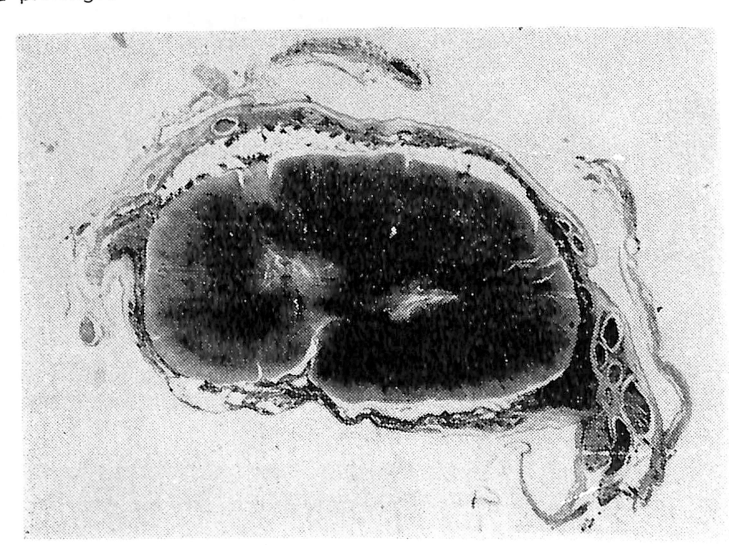


Fig. 13. Corte histológico de la médula en su segmento proximal, se aprecia en esta vista que la leptomeninge que la recubre muestra pigmentación negruzca.

de la sutura coronaria. Se coloca separador de Jansen. Se hace un agujero de trepanación y se aprecia duramadre tensa y de color grisáceo. Se coagula duramadre en cruz y se incinde con bisturí fino. Se aprecia aracnoides de color grisoscuro. Se coagula corteza y luego se pasa sonda de Cushing. Sale líquido cerebro espinal algo turbio y con una "arenilla" de color negruzco en suspensión. Se retira sonda de Cushing y se pasa una de Nelaton delgada. Se cierra en dos planos y se lleva al paciente a Rayos X. Se extraen 120 cc. de líquido cerebro

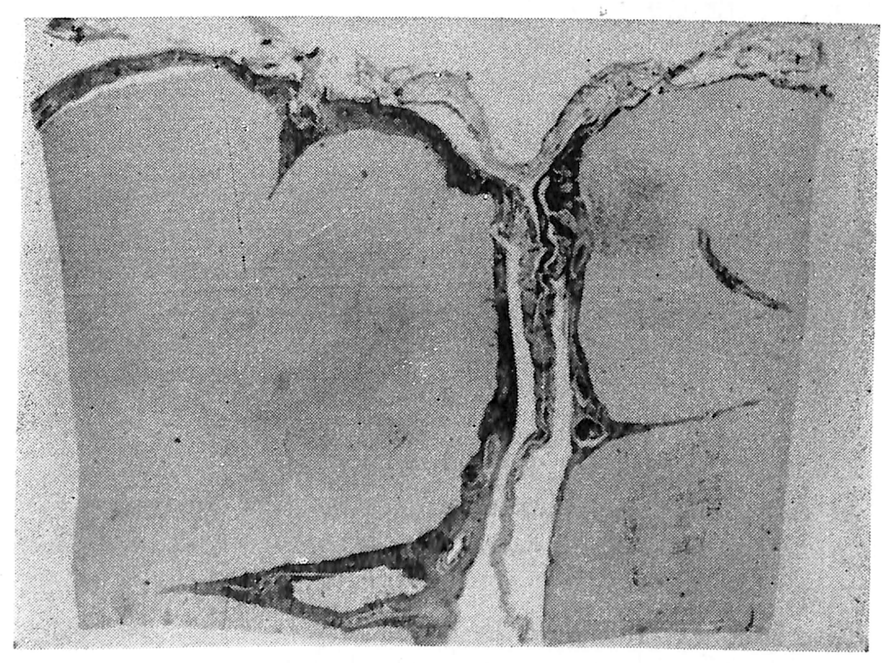


Fig. 14. Corte histológico del cerebro a nivel de la cisura interhemisférica, apréciese la pigmentación negruzca de la leptomeninge y engrosamiento de esta capa. En uno de los hemisferios un nódulo redondeado que se visualiza como un área más oscura punteada. En la zona interhemisférica, tejido correspondiente a duramadre, la cual no posee células pigmentadas.

espinal con arenilla negra en suspensión y se inyectan igual cantidad de aire. Se aprecia una marcada hidrocefalia (dilatación de los ventrículos laterales, 3er. ventrículo, adecuado de Silvio, 4to. ventrículo y cisterna magna) por probable oclusión a nivel de cisternas basales.

En enfermo murió el 28 de setiembre de 1965, a las 8.30 a.m.

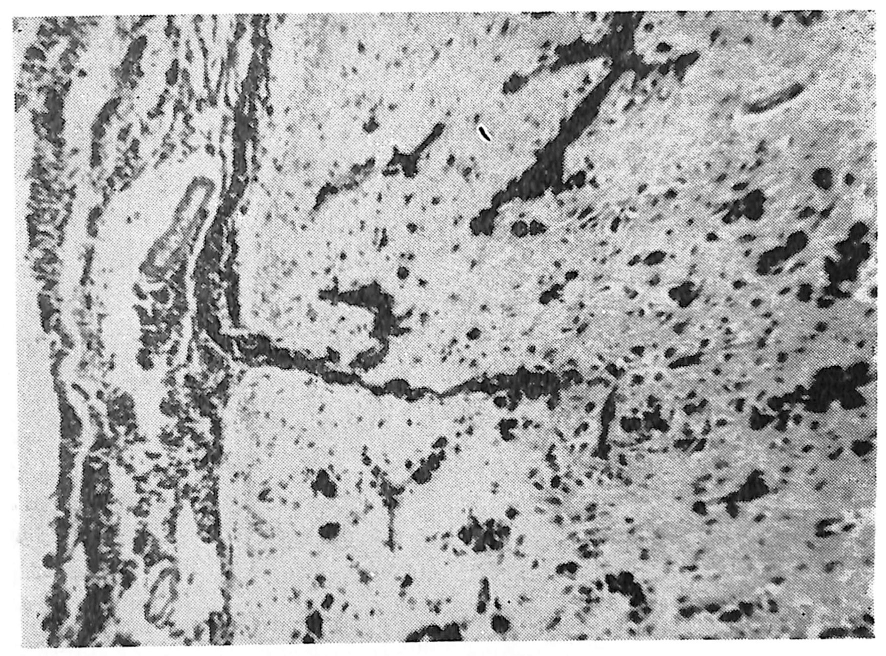


Fig. 15. Microfotografía a nivel del corte de un nódulo infiltrativo con la leptomeninge correspondiente. Se muestra células cargadas de pigmento marrón oscuro con engrosamiento de la leptomeninge y la invasión del tejido nervioso por cordones celulares fragmentados y siguiendo los trayectos vasculares.

ESTUDIO ANATOMICO

Informe del Protocolo de Autopsia Nº 1941: La autopsia se realizó tres horas después de la muerte del paciente.

Hallazgos: Examen externo. Cadáver de un sujeto joven, adelgazado, apreciándose los relieves óseos. En la piel de los miembros inferiores y superiores; tórax y cuello se observa presencia de nevi, estos son de variado tamaño llegando a medir hasta 7 cm. aproximadamente con las siguientes características: son de color negruzco y poseen largos pelos finos, y son de forma redondeada u oval.

Examen Interno. Cavidad torácica: Los pulmones presentaban discreto punteado antracótico, traquea y bronquios tenían secreción muco purulenta. Algunos ganglios de la bifurcación tenían aspecto antracótico. Al corte de los pulmones hay marcada congestión.

Cavidad pericárdica: Con 30 cc. de líquido amarillento. Corazón: Sin anormalidades macroscópicas, válvulas normales. Aorta: Sin anormalidades macroscópicas.

Cavidad Abdominal. Aparato Digestivo: Esófago con congestión de la mucosa. Estomágo con contenido alimenticio, congestión e hiperplasia de los pliegues mucosos. Hígado: De tamaño dentro de los límites normales, al corte congestión. Vesícula biliar de caracteres normales. Bazo: Sin alteraciones macroscópicas, al corte congestión. Páncreas y riñones solamente presentaban congestión. Así como también los vasos sanguíneos de las asas intestinales. Suprarrenales: Ambas en autolisis.

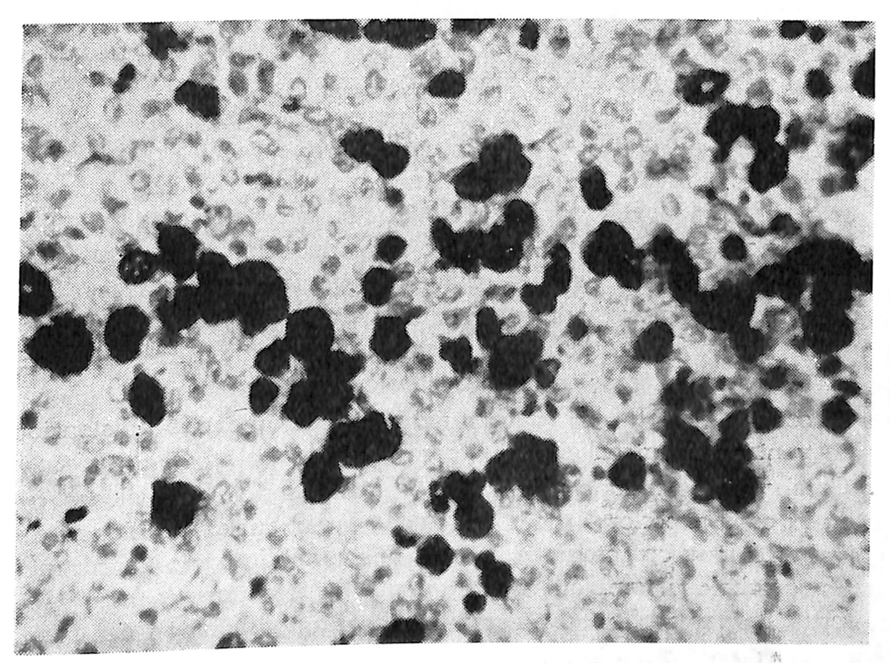


Fig. 16. Microfotografía mostrando gran cantidad de células redondeadas de núcleo claro, algunas cargadas de pigmento marrón oscuro.

Cavidad craneana: Abierta la calota ósea se encontró duramadre tensa y de coloración azulada, haciendo prominencia los corpúsculos de Paccioni, con color negruzco adheridos a la calota ósea, en la cual dejaban impresiones incoloras. Al levantar la duramadre se aprecia leptomeninge de color negruzco, en toda su extensión, tanto en la ca-

ra inferior como en la superior; en este último nivel de coloración negra es mucho más acentuada y la meninge es más gruesa; con estas mismas características se le encuentra en el tallo cerebral, hasta la médula espinal en sus porciones más superiores. El resto de meninges espinales y la médula no se pudo explorar por dificultades técnicas. Al ser cortados los pares craneales en sentido transversal se pudo observar el color blanco grisáceo de estos rodeados por una fina cubierta negruzca.

Cerebro: Peso: 1080 grs. Se practicaron cortes sagitales, encontrándose que la membrana meníngea lo recubría como una cápsula, en ciertas zonas hay invasión de la sustancia gris en forma nodular, bien circunscrita.

En uno de los cortes dados a 1 cm. por delante del quiasma se encontró un nódulo negro de 0.5 cm. en el hemisferio izquierdo y otros, de menor tamaño, en el lóbulo temporal y en el hemisferio opuesto.

Otro corte, pasando por el quiasma óptico, demostró nódulos en la sustancia gris a nivel de la cisura interhemisférica, de no más de 2mm. En este corte se puede ver la prolongación esfenoidal del ventrículo lateral sumamente dilatada, con una zona de color negro, que ocupa la parte más interna. Hacia el quiasma y nervios ópticos esta lesión es más acentuada en el hemisferio izquierdo pero también está presente en el derecho. Además se observa la dilatación de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo y su comunicación.

El corte a nivel de los cuerpos mamilares ha mostrado distensiones de los ventrículos laterales, del tercero y esfenoidales.

Cerebelo. Acentuada atrofia de los hemisferios cerebelosos a nivel de la cara superior en toda su extensión, la sustancia blanca a este nivel está muy comprometida y con una tonalidad rojo negruzca. El vermis cerebeloso también muestra invasión negruzca y compresión, en cortes transversales se ha podido observar dilatación del IV ventrículo.

Tronco encefálico. También está recubierto por leptomeninge, de color negro, pero a este nivel no se ha encontrado invasión.

Examen microscópico. Los diferentes cortes realizados en lóbulo frontal, temporal, cuerno esfenoidal y quiasma, cerebelo, demostraron lesiones del tipo de la melanosis leptomeníngea, que en algunas zonas penetraba dentro del parénquina cerebral, reproduciendo la misma estructura histológica de acúmulos de melanóforos, tal como se observa

en las meninges. En algunas zonas se encontró signos de degeneración maligna, en forma multicéntrica.

Conclusiones: Melanosis Leptomeníngea con degeneración meníngea. Engrosamiento de los Plexos Coroideos. Dilatación Ventricular (ES). Atrofia Cerebelosa en su segmento superior. Nevi Cutáneos Pigmentados Pilosos Benignos.

En resumen los hallazgos de la autopsia demostraban que se trataba de un caso de Melanosis Neurocutánea Leptomeníngea con Degeneración maligna, con nevi múltiples en la piel, así como melanocitosis meníngea y melanomas encefálicos.

DISCUSION

El primer problema que nos impuso este caso fue el del diagnóstico. Al principio se pensó en una meningitis tuberculosa, pero las repetidas muestras de líquido cefalo raquídeo sanguinolento que se obtuvieron, inclinaron a los clínicos hacia la hemorragia subaracnoidea por aneurisma o angioma roto, aún cuando la evolución tórpida, con manifestaciones cerebelosas, varios meses antes de ingresar al hospital, hacía también dudoso ese diagnóstico desde el principio.

Los nevi pigmentados y pilosos fueron observados desde el comienzo, pero se consideró que era más adecuado pensar primero en las posibilidades más frecuentes. Una vez que el estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo excluyó la posibilidad de infección meníngea, se procedió al estudio angiográfico, el cual no pudo determinar el lugar de la hemorragia. Como los síntomas evolucionaban hacia la agravación rápida, se procedió a la craneotomía exploratoria, durante la cual se descubrió la coloración uniforme y negro-azulada de las leptomeninges basales. La biopsia de meninge fue informada como melanosarcoma por uno de los miembros del Instituto de Patología. El estudio del sedimento del líquido cerebroespinal demostró la existencia de células de diversos tamaños, con formas variadas, con núcleos de diversos tamaños y formas de mitosis y muchas cargadas de gránulos de melanina. Este hallazgo estaba de acuerdo con degeneración maligna de la enfermedad pigmentaria, descubierta en el acto operatorio, y tenía las características típicas descritas en la literatura (Nikonova y Osova 1958; Mark, J. (1963); Tourtellote, Quan, Haerer y Bryan, 1963). En lo que se refiere a la localización de las lesiones en el sistema nervioso y en el resto del organismo, el examen del paciente

permitió excluir inmediatamente la posibilidad de que se tratara de melanocitosis o melanoblastomatosis primaria del sistema nervioso (4, 5, 7, 14, 18, 19, 20, 21, 28, 29, 30, 31, 35) puesto que eran visibles los nevi hiperpigementados, de bordes irregulares y difusos, de superficie plana, con abundantes largos pelos y localizados en el cuello, tronco y miembros superiores e inferiores. Estos hallazgos también eliminaban la posibilidad de que se tratara de meningioma melánico o melanosarcoma dural.

Nos encontrábamos por tanto ante un caso de melanosis neurocutánea, según la concepción de los autores de habla francesa(Van Bogaert 1948; Touraine 1949; Alajouanine, Castaigne, Cambier y Escourolle, 1963) o de melanocitosis con blastomatosis neurocutánea, como prefieren denominarla los autores anglosajones (Henschen 1955, Rusell y Rubinstein 1959; Reed, Becker y Becker 1965).

El examen neurológico determinó, desde la primera vez que fue examinado el paciente por uno de nosotros, que las lesiones afectaban a las meninges basales, cerebelo, cerebro y además ocasionaban hemorragia subaracnoidea e hidrocéfalo. No fue posible hacer la prueba de Thormaehlen para melanina en la orina y en el líquido cerebroespinal, medio auxiliar que hubiera permitido diagnosticar con certeza la enfermedad antes de la craneotomía (Busch y Ulbricht, 1961).

Era luego necesario establecer si la afección melánica del sistema nervioso correspondía a la variedad difusa, melanocítica, o a la forma melanótica. No podía negarse que durante todo el curso de la enfermedad se comprobó marcada rigidez de nuca, lo que significaba que sin lugar a dudas se trataba de la primera variedad. Mas, los signos de hidrocefalia acompañados de hipertensión intracraneal, indicaban que era posible la coexistencia con las lesiones nodulares o en placas, que constituyen la variedad melanótica. El estudio arteriográfico y ventriculográfico fue negativo a este respecto, sin embargo, la investigación anatómica demostró que existían numerosos y pequeños nódulos diseminados en la sustancia cerebral.

La literatura demuestra que frecuentemente coincide la melanocitosis con los melanomas, tanto en las formas primitivas (Russi, Robinson & Nagler, 1953; King, Chambers & Garey, 1952; Mark 1963; Olisher & Schroter, 1963; Burrows & Weir, 1957; Piscol & Hoffmann, 1961), como en las variedades neurocutáneas (Touraine, 1949; Alajouanine, Castaigne, Cambier & Courole, 1963; Reed & Becker, 1965).

Nuestro caso, así mismo, mostró melanosis de las meninges espinales. No podemos indicar si existían lesiones intramedulares porque no se pudo hacer el examen post-mortem de la médula, pero es posible que las hubiera, como lo han hallado, en casos primarios (King, Chambers & Garey, 1952; Hirano & Carton, 1960; Kiel & Starr, 1961 y Mark, 1963) y en los neurocutáneos (Rokitansky, 1861; Netherton, 1938).

De lo expuesto hasta ahora se desprende que nuestro caso corresponde al grupo de las melanocitosis o melanosis neurocutánea, de los cuales se han descrito alrededor de veinte ejemplos en la literatura, con autopsias completas en 17. De los 20, doce tenían nevi extensos, de la variedad de ropa de baño y ocho nevi múltiples. Diez pacientes fallecieron antes del primer año de vida, 10 tuvieron hidrocefalia y casi todos padecieron de epilepsia. Las leptomeninges estuvieron comprometidas en todos los casos en que se hizo autopsia. El cerebelo fue el órgano donde la pigmentación era más considerable y después la protuberancia, en cambio el cerebro estaba relativamente libre de melanosis en la mayor parte de casos. La hidrocefalia era consecutiva a defecto de reabsorción del líquido cerebroespinal, ya que la densa proliferación perivascular de las meninges, en el cerebro y en la médula, actuaba como una barrera para la absorción del líquido cerebroespinal.

Nuestro caso se caracterizaba por ser congénito, de naturaleza probablemente hereditaria, y presentaba todas las características clínicas descritas más arriba, con excepción de la melanosis, que era sumamente extensa y comprometía las leptomeniges, el cerebelo, la protuberancia, el cerebro y la médula espinal. También fue posible demostrar nódulos de melanoma en la sustancia cerebral, próximos a la sustancia gris, pero independientes de las leptomeninges, y cuyas células presentaban caracteres de malignidad (formas redondeadas u ovaladas) según las ha descrito Erbslöch (1956). De acuerdo con este autor la forma de los melanóforos tiene relación con el grado de malignidad del blastoma: las formas radiculares se encuentran en los tumores más diferenciados y benigos; las células fusiformes son características de las melanoblastomatosis, y las células redondeadas son más frecuentes en los tumores melanóticos indiferenciados.

Hasta el momento actual sólo se han descrito tres casos de melanosis neurocutánea asociada con melanomas encefálicos (Berblinger, 1915; Fanconi, 1956 y Musger, 1963). El caso que mostramos en esta

presentación sería el cuarto, si es que nuestra información bibliográfica es correcta.

Ahora sólo nos quedaría por decir algunas palabras sobre la patogenia de esta peculiar enfermedad. Ya ha sido señalada (Van Bogaert 1948, Touraime 1949) que las melanocitosis neurocutáneas son hereditarias con rasgos mendelianos dominantes. No se ha aclarado porque los melanomas metastásicos de la piel, que se desarrollan alrededor de los 60 años, invaden a todas las vísceras, pero tienen predilección por el sistema nervioso central, atacándolo en el 38% de los casos (Pack, 1962). En cambio, los melanomas primarios del sistema nervioso, los melanomas asociados a melanocitosis cutáneo-neural, no metastatizan más que al sistema nervioso, tracto uveal o meninges. Esto indicaría que se trataría de neoplasias con diferentes caracteres biológicos. Los melanomas de los nevi gigantes de la piel pueden desarrollarse a partir de tres clases de células: la célula nevis, el melanocito dermal (célula del nevus azul) la célula de Schwann. Estas células pueden distinguirse por técnicas tintoreales y estudios de ultraestructura. Con el microscopio electrónico se puede demostrar el melanosoma, una partícula citoplásmica específica, necesaria para la formación de melanina. Las células nevus contienen esta partícula. En contraste las células de Schwann no contienen melanosomas y por tanto no son capaces de formar melanina. Esto significaría que existen diferencias fundamentales entre la neurofibromatosis y las melanosis neuro-cutáneas. En consecuencia, la idea inicial de que las melanosis forman parte de las afecciones facomatosas tiende a ser abandonada en la actualidad.

En relación a la melanocitosis neurocutánea, la distribución en dermatomas, el aspecto histopatológico de estructura neuroide y la presencia de colinosterasa en el soma celular indican que estos tejidos son probablemente derivados de la cresta neural. Se conoce que dos de los tumores que se originan en la cresta neural pueden ser congénitos: el melanoma y el neuroblastoma.

Gottlieb y colaboradores en especímenes biópsicos de nevos procedentes del dermis, empleando el microscopio electrónico, han demostrado que la ultraestructura de la célula nevus es semejante a la del melanocito y que en dicha célula existe el gránulo de premelanina o melanosoma. Por tanto la célula nevus probablemente es un elemento histológico embrional que puede diferenciarse con estímulos apro-

piados. Nuestro enfermo tuvo nevos desde el nacimiento y la autopsia demostró que la meningomelanosis era sumamente extensa, comprometiendo las superficies del encéfalo y de la médula espinal. En consecuencia, es posible que los nevos y la meningomelanosis hayan existido desde el nacimiento.

La naturaleza congénita y hereditaria de nuestro caso nos hace pensar en la posibilidad de un error metabólico en la génesis del cuadro clínico-patológico. Se sabe que existe una relación inversa entre las catecolaminas y la neuromelanina en el cerebro (Marsden, 1965). Es decir que predominan las catecolaminas en las áreas encefálicas más activas y la neuromelanina en las de menor actividad funcional. Es posible que nuestro paciente fuera portador de una aberración metabólica en los complejos enzimáticos de la tirosinasa cerebral. En consecuencia, en lugar de sintetizar catecolaminas (dopamina, noradrenalina y adrenalina), la tirosinasa transformaría la 3-4 hidroxifenil alanina en dopa quinona, dopacromo y neuromelanina. Es bien sabido que los nevi extensos, congénitos e hiperpigmentados son muy susceptibles de sufrir degeneración maligna. En nuestro enfermo la presencia de gran número de células nevus muy posiblemente dotados de melanosomas, lo predispuso tempranamente al desarrollo neoplásico. Por otra parte, los estudios de ultarestructura de la neuromelanina no confirman la hipótesis de su origen a partir de los compuestos fenólicos, sino que señalan más bien procedencia del complejo tirosina-tirosinasa.

RESUMEN

Se presenta una observación clínico patológica de un paciente que mostraba manifestaciones de una melanoblastomatosis neurocutánea, congénita y hereditaria, con evolución maligna.

Se trataba de un indígena de 18 años de edad, quién ingresó al hospital por dificultad progresiva para la deambulación, de cinco meses de evolución. Un mes antes del internamiento sufrió cefalea intensa y progresiva.

Al examen se comprobó rigidez de nuca, hipersomnia y numerosos nevi pilosos, intensamente pigmentados en los miembros y en el tronco. También había compromiso de los nervios óculo motores, trigémino y facial, cuadriparesia flácida y signos cerebelosos.

El estudio anatómico reveló melanosis de las meninges cerebrales y espinales, así como múltiples nodulaciones hiperpigmentadas en la sustancia cerebral. También existían signos de hidrocefalia. El cerebelo mostraba acentuada atrofia de los hemisferios e invasión hiperpigmentaria.

El estudio histológico mostró lesiones del tipo de la melanosis leptomeníngea. En algunas zonas se encontró signos de degeneración maligna, en forma multicéntrica.

Probablemente este es el cuarto caso de la literatura, en el cual se ha encontrado melanosis neurocutánea asociada a meningomelanosis y melanomas encefálicos con signos de malignidad.

SUMMARY

This a clinico-pathologic report of a patient who had a congenital and hereditary neuromelanoblastomatosis with a malignant course.

The patient was an 18 year old peruvian indian who has admitted to the hospital because of a five months gait disturbance, complicated later by severe and progressive headache.

On examination he had neck rigidity, hypersomnia and many pigmented and hairy nevi on the limbs and trunk. There was also involvement of the oculomotor, trigeminal and facial nerves, flaccid quadriparesis and cerebellar signs.

The pathologic study disclosed melanosis of the cerebral and spinal meninges and many hyperpigmented nodes in the brain substance. There was also evidence of hidrocephalus. The cerebellum showed marked atrophy of the hemispheres and hyperpigmentation.

The histological sections demonstrated leptomeningeal melanosis. In some regions there were signs of multicentric malignant degeneration.

Probably this is the fourth case in the literature in which a neurocutaneous melanosis has been found associated with meningomelanosis and encephalic malignant melanomas.

BIBLIOGRAFIA

1. ALAJOUANINE, T.; CASTAIGNE, P.; CAMBIER, J. & ESCOUROLLE, R. Melanose neurocutaneé. Une observation anatomo-clinique. Presse Med. 71: 2077-2079, 1963. — 2. ARSENI, C.; SIMIONESCU, M. & OPRESCU, I. Tumorile cerebrale metastice de origine melanica. Neurol. Psichiat. 1: 12-21, 1956. — 3. BARONTINI, F. Sulla meningomelanoblastomatosi. Revista sintetica ed osservazione anatomoclinica. Rass. Stud. Psichiat. 42: 827-846, 1953. — 4. BURROWS, D. & WEIR, W. P. Primary melanoma of the meninges. J. Path. Bact. 74: 419-438, 1957. — 5. BOUTON, J. Primary melanoma of the leptomeninges. J. Clin. Path. 11: 122-127, 1958. — 6. BUSCH, G. & ULBRICHT, W. Zur Diagnose und therapie der Cerebralen Melanom metastasen. Dtsch. Z. Nervenheilk. 182: 313-336, 1961. 7. CACUDI, G. & GAZZATO, G. Sulla melanoblastosi primitiva meningo-encefálica. G. Psichiat. Neuropat. 90: 381-407, 1962. — 8. CAVALCA, E. G. & ROSINI, R. Studio sperimentali sulla motilitá dei melanofori della piamadre. Riv. Patol. Neru. Ment. 75: 433-440, 1954. — 9. D'AGOSTINO, A. J. & LUSE, S. Electron microscopic observations on the human substancia nigra. Neurology 14: 529-536, 1964. — 10. DESVIGNES, P.; BRUN, M. & VERCIER, R. Métastases cérebrales melaniques. Gaz. Hop. (París) 128: 700, 1956. — 11. ERBSLOH, F. Zur Pathologic der diffusen Pigmentgeschwülste in Meningealraum. Arch. Gestwaulsforsch. 9: 103-143, 1956. — 12. ESCALANTE, S. Distrofias Pigmentadas Neurocutáneas. Rev. Neuropsiquiat. 28: 82-92, 1965. — 13. FANCONI, A. Neurocutane Melanoblastose mit Hydrocephalus communicans bei zwei Säuglingen. Helv. Paediat. Acta 11: 376-402, 1956. — 14. FASSKE, E. Zur Genese der Primären Melanosarleome der Leptomeninx bei Säuglingen. Zbl. Allg. Path. Anat. 98: 113-121, 1958. — 14a. GOTTLIEB, B.; BROWN, A. L. & WINKELMANN, R. K. Fine structure og the Nevus Cell. Arch. Dermat. 92: 81-87, 1965. — 15. GREINER, A. C. & NISOLSON, G. A. Pigment deposition in viscera associated with prolonged chlorpromazine therapy. Canad. Med. Ass. J. 91: 627-653, 1964. — 16. HAFERKAMP, O. & RIZOPATRON, L. S. Eigentümliche Melanose der Leptomeningen. Zbl. Allg. Path. Path. Anat. 94: 274-277, 1955. — 17. HARASZTI A. & GOMBA S. Meningealis melanosis et melanoma. Kiserl. Orvostvd. 2: 214-219, 1960. — 18. HIRANO, A. & CARTON, C. A. Primary Malignant Melanoma of the Spinal Cord. J. Neurosurg. 17: 935-944, 1960. — 19. KIEL, F. W. &STARR, L. B. Primary Melanoma of the Spinal Cord. J. Neurosurg. 18: 616-629, 1961. — 20. KING, A. B.; CHAMBERS, J. W. & GAREY, J. Primary malignante melanoma of the spinal cord. Arch. Neurol. Psychiat. 68: 266-275 1952. — 21. MARK, J. Primart Meningealt melanom. Nord. Med. 69: 727-729, 1963. — 22. MARSDEN, D. Brain Pigment and its relation to brain Catecholamines. Lancet 2: 475-476, 1965. — 23. MATVEEVA, T. S. & IVANCHENKO, O. V. Un melanoma de larga duración con metastasis en el cerebro. Datos clínicos y morfológicos (en ruso). Zh. Neuropat. Psikhiat. Korsakov 64: 1132-1135, 1964. — 24. MC FAR-

LAND, H. R. & TRUSCOTT, B. L. A. A Brain Stem Lesion of unusual etiology Neurology 11: 597-600 1961. — 25. MULLER, K. Beitrag zur Problematik der elektiven Ausbreitung cerebraler Melanoblastommetastasen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 196: 205-214, 1957. — 26. NASHOLD, B. S. & KIRSHNER, N. The Metabolism of adrenalin and noradrenalin in patients with basal ganglia disease. Neurology 13: 753-757, 1963. — 27. NIKONOVA, O. S. & USOVA, M. K. Melanomas Cerebrales (texto en ruso). Zh. Neuropat. I Psykhiat. 58: 526-528, 1958. — 28. OLISCHER, R. M. & SCHROTER, P. Zur Diagnostikder primären Melanoblastomatose der Zentral-nerven-systems. Bervenarzt 34: 266-270, 1963. — 29. OTTONELLO, P. Melanoblastoma meningeo ad evoluziones inconsulta. Riv. Oto-Neuro-Oftal. 31: 1-8, 1956. — 30. PAPPENHEIM, E. & BHATTACHARJI, S. Primary Melanoma of the Central Nervous System. Arch. Neurol. 7: 101-113, 1962. — 31. PISCOL, K. & HOFFMANN, G. Das Primäre Melanoblastom des Zentralnervensystems. Neurochirurgia 4: 1-26, 1961. — 32. RAO, B. N. B. & AIKAT, B. K. Melanomatosis of the brain and meninges. Indian J. Surg. 19: 101-104 1957. — 33. REED, W. B.; BECKER, W. S. & BECKER, W. S. Jr. Giant Pigmented Nevi, Melanoma, and Leptomeningeal Melanocytosis. Arch. Dermat. 91: 100-119, 1965. — 34. ROZA de VIÑALS, R.; ELIZAL de ARMENDARIZ, C. & COMA-FABRES, A. Tumores melánicos del sistema nervioso central. A propósito de tres casos clínicos. Med. Clin. (Barcelona) 22: 304-311, 1954. — 35. RUSSI, S.; ROBINSON, C. & NAGLER, Primary meningeal melanomas. Sth. Med. J. 46: 336-343, 1953. — 36. SICARD, A. & JULIARD, A. Compresión medular debida a melanosarcoma de la duramadre cervical revelada por un síndrome de Brown-Séquard. Rev. Neurol. 103: 41-51, 1960. 37. SPOTA, B. B. & ARANOVICH, J. Metástasis melanoblastomatosas del sistema nervioso. Pren. Med. Argent. 42: 2931-2936, 1965. — 38. TOURAINE, A. Les Mélanoses Neuro-Cutaneés. Ann. Dermatol. Syph. 9: 489-524, 1949. 39. TOROK, P. & LEEL-OSSY, L. Metastamaligner Melanome im Zentalnervensystem. Psychiat. et Neurol. 142: 239-318, 1961. — 40. TOURTELLOTE, W. W.; QUAN, K. C.; HAERER, A. F. & BRYAN, A. R. Neoplastic cells in the cerebrospinal fluid. Report of a case of metastatic melanoblastoma. Neurology 13: 866-868, 1963. 41. TURNBULL, I. M. & TOM, M. I. Pigmented Meningioma. J. Neurosurg. 20: 76-80, 1963. — 42. TZONOS, T. & BRUNNGRABER, C. V. Uber das melanoblastische Meningiom. Acta Neuro-Chirur. 11: 416-421, 1963. — 43. VIVANO, M. Su due casi di melanosi cutanea con idrocefalo. Cervello 29: 184-200, 1953. — 44. VIVIANO, M. Sindrome di confusione mentale in un caso de sarcoma metastásico al cervello. Neuropsichiatria 10: 395-420, 1954.

THE SCHIZOPHRENIC PATIENT IN OFFICE TREATMENT

SILVANO ARIETI *

As you all know, long, laborious, tortuous, unpredictable and multifaceted is the psychotherapeutic treatement of schizophrenia. What I shall be able to report to day will be only fragments of a therapeutic technique, whose presentation will be distorted not only by the limitation of time, but also by my personal bias in selecting the material and by the fact that here and there I shall feel obligated to make short excursions into theoretical ground. I hope that in spite of these fragmentations and detours a certain continuity will be maintained and a certain organization recognized.

First of all I must dispel some doubts which you may have about the office treatment of schizophrenics. What type of patients do I refer to in particular? In which way to they differ from hospitalized patients? Although many of us in private practice treat borderline, prepsychotic and so-called pseudoneurotic patients, these categories will not be the object of this report. I want to make cleer that the patients to whom the content of the present paper applies, are full-fledged psychotics, with the classic symptoms of schizophrenia, such as hallucinations, delusions and ideas of reference. However, they have never been antisocial nor have they been of public scandal, and their symptomatology is not so acute or unmanageable as to make hospitalization an absolute necessity. One of my aims in fact is to avoid hospitalization. Although my paper refers in particular to office patients, what I am goig to say can be applied also to hospitalized patients.

The therapeutic procedure which be outlined can be seen in two separate aspects. The first aspect is the establishment of relatedness;

---

* From the Department of Psychiatry of the New York Medical College.

the second is an actual attack on the psychotic symptoms, followed by a psychodynamic understanding.

This division is undoubtedly artificial and made for didactical purposes. Actually it reflects a double aspect of the schizophrenic process, a dual character, the interpersonal and the intrapsychic, which at the present stage of our knowledge is difficult to synthesize or to transform into what would appeal more to our own aesthetic or philosophic conceptions; mamely a unitarian aspect of the disorder or even of normal man. We know that these two psychologies and psychopathologies, the interpersonal and the intrapsychic, are interconnected, but as much as we would like to unite them in a superior synthesis, we are not yet able to do so in a manner which would satisfy our scientific standards.

ESTABLISHMENT OF RELATEDNESS

The establishment of relatedness, or, if we adopt a more classical terminology, the reestablishment of object-relations with a patient who not only shows a disorder in such relations but seems to be motivated toward a greater disorganization of them, is an important part of the treatment of schizophrenia. As a matter of fact, it is perhaps the most difficult part to teach, as it is not fully understood and to some extent still relies on intuitional procedures.

In his recent writings Tarachow (11, 12) describes two types of therapy: The first type is the classic psychoanalysis in which the analyst rejects the patient as object and teaches the patient to reject the analyst as object. The second type is what he calls psychotherapy, in which therapist and patient retain each other as object; often as infantile objects. Now, if we follow Tarachow's classification, it is obvious that the therapy of the schizophrenic belonges to the second type. Patient and therapist must work against the tendency of the disorder and try to resume toward each other the role of objects.

How can we reestablish object-relations in schizophrenic patients? The procedure is different according to the type of patients. In patients who are acutely decompensating, like, for instance, in some cases of postpartum psychosis, the therapist must assume an attitude of active and intense intervention. A strong and healthy person must enter the life of the patient and convey a feeling of basic trust. The patient must be approached with very simple, at times even preverbal ways, that I

have described elsewhere. (4, 5) This approach is not an appeal to the unconscious of the patient, a la Rosen (8). I don't think we can directly touch the unconscious. It is a communication with the basic, unsophisticated and genuine part of the patient. If I could paraphrase the words of the poet Wordsworth, used in a completely different context, I could say that it is a communication with "the naked and native dignity of man". The patient must acquire a feeling of reliance and trust. In normal development the mother-child relation engenders what has been called basic trust: a complex, interpersonal feeling which consists of the expectation, on the part of the child, that the mother will be there to give and love; and of the taken for granted idea, on the part of the mother, that the child will grow up to be a normal and worthy and loving person.

In the therapecutic situation the patient must experience something reminiscent of this basic trust, as perhaps he never experienced. This trust must be confered by the simplicity, strength and forwardness of the therapist, not by his solicitous benevolence. In some cases the patient needs to lean and cling, to be talked to for hours and hours. The therapist has the feeling he has to perform almost a psychological blood transfusión. The needs of the patient may be so great, as to be indeed impossible to satisfy if we adhere to our schedule of to the conventional ways of private practics.

This attitude of active and intensive intervention that I have just referred to, is not only not indicated in some cases, but can be harmful. This type of interventiion may be experienced as an intrusion, and even more than that, as an attack. The patient may be scared, and may withdraw or disintegrate even more. The typical schizophrenic defense, in fact, is withdrawal or psychological isolation, which, like the recently devised experimental sensory deprivations, makes the symptoms flourish. Let us remeber that in these cases too the patient does not really want to be isolated. His need for communion with people is great, but his fear is even greater. In these cases the therapist must give himself at small doses; the session must be of shorter duration than usual, and the main aim must be that of imparting to the patient the feeling that at least one interpersonal contact, the one with the therapist, needs not to provoke overwhelming fear. The therapist must be, at the same time, close and distant, close enough to give, distant enough not to scare. Neutral material may be the object of the verbal relationship. Although

it may not be pertinent to the basic problems of the patient it may decrease the isolation and objetc-deprivation, and may help the patient to accept the therapist, so that the closeness will increase and the distance diminish.

I must add, however, that even in the treatment of the not too acute cases, we may have occasionally reexacerbations with rapid disintegration, at times provoked by a sudden anxiety engendered by the treatment, without the therapist realizing what was happening. In these cases the therapist must either shift to that intense intervention which I have outlined above, or, to the opposite, and become more distant. I must admit that I have not yet succeeded in objectivizing in which cases I must adopt one procedure rather than the other, and that, much to my regret, I must resort to my intuition an uncientific procedure.

We must frankly acknowledge that this part of the treatment, the establishment of relatedness, is still in several aspects at a prescientific level of development. On the other hand we should not be discouraged or exaggerate its difficulties. One thing has to be remembered which is ignored by many people because of their theoretical approach to schizophrenia. Before the patient became psychotic he had some type of object-relations o of relatedness. Undoubtedly this object-relation was not the healthiest, and it proved to be vulnerable; but nevertheless it existed. Only people suffering from severe child-schizophrenia of from those conditions described by Leo Kanner (7) as early infantile autism, had practically no object-relationships. All the other patients did, but it was a kind of vulnerable object-relations, because not founded on security, optimism, and basic trust. The psychosis makes this type of object-relatedness collapse. Whith our intervention we can rebuild it, but it will be again like a paper castle, unless it will be rebuilt on better foundations: basic trust for oneself and the therapist, insight into one's psychological mechanisms, in both their formal aspects and psychodynamic content.

There are many worthwhile techniques to be taken into consideration in detail in the establishment of relatedness with the schizophrenic, but I still have many things to cover in this paper and I must refer the audience to my writings for my point of view on this subject (4, 5). I shall add however the following general remarks:

1) The patient-therapist relationship is a special object-relationship. Although the therapist must avoid the mistakes the parent made, the

relationship must at first bear some resemblance to the parent-child relationship.

2) Eventually this relationship will be less and less modeled after the parent-child relationship and more and more after one of peer- relationship. When this transformation occurs the relationship may no longer be well presented by the word "object" but two subjects which interrelate.

3) The establishment of relatedness is often enhanced by the use of a therapeutic assistant, generally a psychiatrically trained nurse or a former patient. I shall come back to this third point later.

Attack Against Psychopathologic Mechanisms and Content.

I wish now to discuss the direct attack on the mechanisms and content of the psychosis. I must add that many people rely only on the establishment of relatedness in the treatment of schizophrenia, especially in very acute cases. The symptoms seem to drop at times as soon as this relatedness is established. In my experience, although this is true in some cases, in the majority of cases the symptoms persist or return if the patient has not acquired insight into his psychological mechanisms, and has not changed his vision of himself, the others, life, and the world. Although psychodynamic interpretations are much better known I believe that interpretations concerning mechanisms and forms are also important, especially at an early phase of the treament and I shall devote most of the rest of the paper on this topic.

With some special technical procedures which I have devised the patient is helped to become aware of the ways with which he transforms his psychodynamic conflits into psychotic symptoms. Although form and content are interrelated, a fundamental distinction remains between content interpretations given in accordance with traditional psychodinamic methods and interpretations of forms and mechanisms. Whereas the benefit from traditional interpretations is due or believed to be due to acquisition of insight into repressed experiences and to the accom panying abreaction, and therefore is supposed to be inmediate, the effectiveness of the second type of interpretation consists of the acquisition of methods with which the patient can work at his problems. They do not consist exclusively of insights passively received, but predominantly of tools with which the patient has to actively operate.

In what follows I am going to discuss this type of treatment in such symptoms as hallucinations, delusions, ideas of reference and related manifestations. Before doing so, however, I would like to make another short theoretical detour.

My insistence on attacking the schizophrenic sympton may appear a restricted if not an antiquated procedure. In fact not only in our psychiatric training but even in medical school we have learned that it is not the symptom but the cause of the disease which we should be mostly concerned with. Symptomatic treatment is secondary to causal treatment. I agree with this general principle which I think should be followed most of the time. In the most serious psychiatric conditions, however, we find ourselves in unusual circumstances. The symptom is more than a symptom. Often it is a maneuver which tends to make consensual validation impossible and to maintain interpersonal distance. What may have orignated as a defense actually makes the whole situation of the patient more precarious and may enhance regression.

Secondly, the symptom stands for a great deal more, actually for what it wants but cannot eliminate. I shall explain what I mean by taking as example a typical and common symptom. A patient has an olfactory hallucination; he smells a bad odor emanating from his body. In this sympton actually a great deal of pathology is encapsulated. The patient feels he has a rotten personality, he stinks as a person. A schizophrenic process of concretization takes place and an olfactory hallucination results. This olfactory hallucination stands for or summarizes the whole life history, the whole evaluation of the self, the whole tragedy of the patient. Sophisticated as we are, we usually say that the hallucination is symbolic of that the patient feels about himself. This is correct, provided we understand that the symbol is a symbol for us, not for the patient,. The patient, by virtue of the sympton, stops worrying about this personality and worries only about his stinking body. What we call a symbol, actually has a realistic, not a symbolic value for the patient. It tends to replace the reality which it wants to substitute. The symptom is not, for instance, like a flag which represents a country. The flag is not the exact equivalent or a duplication of the country it represents. This process of concretización, as exemplified in the hallucination of the above mentioned patient, is perhaps the most common mechanism in schizophrenia, and, as we shall see later in detail, related to altered cognition. Whatever cannot be sustained at an abstract level, because

too anxiety provoking, is reduced to or translated into concrete representations.

Now at this point, I am sure, most of you, if not all of you, think that I have contradicted myself. In fact if the symptom is a substitution for such a great part not only of the illness but also of the life o the patient is it not true that the patient needs this subtitution? He needs to eliminate so much mental pain, and I, in a cruel and antitherapeutic way, want to deprive him of his precious defense.

The point is that if an atmosphere of basic trust is developed in which the patient feels he obtains a great deal from the therapist in human relatedness, he is willing to relinquish his symptoms, or to convert them into less psychotic or neurotic ones. The new symptoms, like the recognition of being concerned with one's own personality and not body, may be more difficult to bear, but can be more easily shared with the therapist. will be able to help the patient bear his cross, if this cross is a less autistic, or less psychotic one. Later in this lecture I shall give examples. At this point I want to show how the therapist can help the patient to unravel some psychotic symptoms. Some of youl may have already heard or read these procedures, as I must borrow from my previous writings (1, 2, 3, 4, 5, 6) I shall start with the treatment of hallucinations.

Only auditory hallucinations will be taken into consideration, but the same procedures could be applied to other types of hallucinations, after the proper modifications have been made.

With the exception of patients who are at a very advanced stage of the illness or with whom no relatedness whatsoever can be reached, it is possible to recognize that the hallucinatory voices occur only in particular situations, that is *when the patient expects to hear them.*

For instance, a patient goes home, after a day of work, and expects to hear them, he hears them. In other words, he puts himself in what I have called *the listening attitude.*

If we have able to establish not only contact but relatedness with the patient, he will be able under our direction to distinguish two stages: that of the listening attitude and that of the hallucinatory experience. At first he may protest vigorously and deny the existence of the two stages, but later he may make a little concession. He will say. "I happened to think that they would talk and I proved to be right. They were really talking".

A few sessions later, however, another step forward will be made. The patient will be able to recognize and to admit that there was a brief interval between the expectatiom of the voices and the boices. He will still insist that this sequence is purely coincidental but eventually he will see a connection between his putting himself into the listening attitude and his actually hearing. Then he will recognize that he puts himself into this attituds when he is in a particular situation or in a particular mood, for instance in a mood on account of which he perceives hostility, almost in the air. He has the feeling that everybody has a disparaging attitude toward him, then he find corroboration for this attitude of the others; he hears them making unpleasant remarks about him. At times he feels inadequate and worhless, but he does not sustain this feeling for more than a fraction of a second. The self condennation almost automatically induces him to put himself into the listening attitude and them he hears other people condemning him.

When the patient is able to recognize the relation between the mood and putting himself in the listening attitude a great step has been accomplished. He will not see himself any longer as a passive agent, as the victim of a strange phenomenon or of persecutors, but as somebody who still has a great deal to do with what he experiences. Moreover if he catches himself in the listening attitude, he has not yet descended to or is not yet using abnormal ways of thinking from which it will be difficult to escape. He is in the process of falling into the seductive trap of the world of psychosis but may still resist the seduction and remain in the world of reality.

I have found that if an atmosphere if relatedness and understanding has been established, patients learn with not too much difficulty to catch themselves in the act of putting themselves into the listening attitude at the least disturbances, several times during the day. At times, although they recognize the phenomenon, they feel that it is almost an automatic mechanism, which they cannot prevent. Eventually, however, they will be able to control it more and more. Even then, however, there will be a tendency to resort again to the listening attitude and to the hallucinatory experiences in situations of stress. The therapist should never be tired of explaining the mechanism to the patient again and again, even when such explanatiin seem redundant. It is seldom redundant, as the symptoms may reacquire an almost irresistible attraction.

But now that we have deprived the patient of his hallucinations, again you can ask, how can he manage with his anxiety? How can we help him bear his burden or a heavier but less unrealistic cross. An example will clatify this matter. A woman used to hear a hallucinatory voice calling her a prostitute. Now, with the method I have described we have deprived her of this hallucination. Nevertheless she experiences a feeling, almost an abstract feeling coming from the external enviromment, of being discriminated, considered inferior, looked upon as a bad woman, etc. She has almost the wish to crystallize or concretize again this feeling into a hallucination. If we tell her that she proyects into the enviromment her own feelings abiut herself, she may become infuriated. She says, "The voices I used to hear were telling me I an a bad woman, a prostitute, but I never had such a feeling about myself. I am a good woman". The patient of course is right, because whem she hears a disparaging voice, or when she is experiencing the vague feeling of being disparaged, no longer has she a disparaging opinion of herself. The projective mechanism saves her from self disparagement. We must instead point out to the patient that there was one time whem she had a bad opinion of herself. Even then she did not think she was a prostitute would have about herself. Now what we have to carry and bear and share is the cross of a deep feeling of inadequacy. The therapist with his general attitude and firm reassurance and sincere interest in the patient will be able to share or to decrease the burden of this cross. At this point the therapeutic assistant is also very useful, as I shall discuss later.

The realization of the low self-esteem is not yet a complete psychodynamic explanation of the symptom, but at this stage of the treatment we stop at this explanation. The matter will be pursued later, when we shall examine the factors in the early family environment which led to this negative self-appraisal.

What I have said about hallucinations could with the proper modifications be repeated for ideas of reference and delusions. Before the delusions or ideas of reference are well formulated the patient must learn to recognize that he is in what I call the referential attitude. For instance, he is taking a stroll in Central Park on a beautiful Sunday afternoon, when all of a sudden peculiar events begin to take place. People sitting on the benches start to talk with animation and to lock at him with strange eyes. They make some gestures which have obvious

reference to him. Children who were running all over or playing in the contiguous playground now all run toward the opposite direction avoiding being near him. An American flag which could be seem from the distance, open to the wind and waving on the top of a pole, is now drooping. All this is an indication that people think that a horrible man, perhaps a pervert who attacks children and women, is in the park. The patient is supposed to be that man. The news is spreading. He rushes back home in a state of intense, agonizing turmoil.

And yet, we must ask him whem he comes for the session, what happened before he went into the park? In what mood was he? Was he not looking for a certain evidence? Did he not almost hope to find it, so that he would be able to explain that indefinite mood of being thought of as a horrible creature. He had the impelling need to transform a vague, huge menace into a concrete threat. to restrict to a specific event a spreading feeling of being humiliated, disparaged, descriminated.

The direct attack on the simptom consists again in makin the patient aware of his concretizing the vague threat. He must recognize how he substitutes ideas and feelings for others which are easier to grasp or to contend with in his distress. He will learn to check himself, as he may learn to check his listening attitude.

But again we made him retranslate the concrete into the abstract, and reintroject what he had projected. Will he be able to do so? He will, if we share the burden of the cross with the ultimate aim of removing the cross altogether.

I want to talk now briefly about amother group of symptoms: the thought disorders of the schizophrenic. The thougth disorders constitute indeed the most important parte of the regression, what Bleuler called autism; what in Freudian terminology is referred to as the reemergence of the primary process. And yet many people discuss schizophrenia as if such thought disorders would not exist. Others make some concessions and believe that the schizopherenic thinks irrationally because the irrationality of the mother or of the family is transmitted to him. There is some truth in these allegations, but unless this partial truth is clarified, knowledge of it may become more confusing than revealing. For instance, the mother of a paranoid schizophrenic may be a hostile, suspicious person, whose vision of the world is one permeated by pessimism, distrust and hate; the world is a jungle; people are rendy to cheat you. If you want to survive you must be careful and be prepared to defend

yourself. This point of view is not necessarily psychotic. It may even be called a philosophy of life, which may very well be transmitted to the child. However, when the son of this woman not only sees the world as hostile but starts to think that people are plotting to kidnap him or to poison him, he goes further than the mother. To the irrationality of the mother he has added his psychotic, autistic, primary process twist. In Sullivanian terminology the attitude of the mother would be called a parataxic distortion, (9, 10) but the way of thinking of the child was more than parataxie; it was prototanic, a Sullivanian word for autistic. Now to study only the influence of the envirommemt in reference to the alteration in cognition is not to go to the core of the problem. The same criticism could be repoated for those theories according to which thought-disorders are due only to poor communication or to the so-called double-bind communication between mother and child.

When I was discussing hallucinations, delusion and ideas of reference I was implicitly referring to some aspects of schizophrenic cognition. I would be tempted now to enter into a longe disquisition about the logic of the schizophrenic. But the time at my disposal is not long. I must therefore be extremely brief and simplify as much as I can. At a certain stage of schizophrenic regression the patient identifies not in virtue of identical subjects, as Aristotelian logic requires, but in virtue of identical predicates, that is in accordance with the principle of Von Domarus. As we shall see from the examples which follow this need to identify subjects which should not be identified is extremely strong in the schizophrenic and has at least two motivations or purposes. The first is of a general character: that of recapturing some order or cognitive organization in the confused or fragmented schizophrenic world; the second, specific in each patient, to believe as true and rational what he wishes to be true. An example that I often quote is that of a patient who thought she was the Virgin Mary. Asked why, she replied, "I am a virgin; I am the Virgin Mary". The common predicate "being virgin" led to the identification of the two subjects, the Virgin Mary and the patient. Obviously the patient had the need to identify with the Virgin Mary, who was her ideal of perfecton and to whom she felt clouse. At the same time she had the need to deny her feeling of unworthiness and inadecuacy.

Following are a few more examples. A red-haired 24-year-old woman in a post-partum schizophrenic psychosis developed an infection

in one of her fingers. The terminal phalanx was swollen and red. She told the therapist a few times, "This finger is me". Pointing to the terminal phalonx she said, "This is my red and rotten head". She did not mean that her finger was a representation of herself, but, in a way incomprehensible to us, really herself or an actual duplicate of herself. Another patient believed that the two men sheloved in her life were actually the same person, although one lived in México City and the in New York. In fact both of them played the guitar and both of them loved her. By resorting to a primitive cognition which followed the principle of Von Domarus, she could reaffirm the unicity or univocality of the image of the man she wanted to love. Many patients at this stage indulge in what I call an orgy of identifications. As a last example I shall mention a new patient who while waiting for the first time in the waiting room of my office, saw in one of the magazines which were there an advertisement with the picture of a baby in the nude. He remembered that he too when he was a small child had a picture of himself taken in that way, and the bastard of his father had not too long ago threatened to show that picture to the patient's girl friend. Seeing that picture in my waiting room, he thought, was not a fortuitous coincidence. The patient presented the phenomenon commonly found in schizophrenics of seeing non fortuitous coincidences all over. The terrible coincidences for which there was no explanation were pursuing him relentlessly. The phenomenon of the coincidences is related also to the principle of Von Domarus. A coincidence is a similar element ocurring in two or more instances at the same time or after a short period of time. The patient tries to find glimpses of regularities in the midst of the confusion in which he now lives. He tends to register identical segments. At times the alleged regularity that the identical segments suggest gives suptenance to a complex which, although by now disorganized, retains a strong emotional investment. Contrary to what we do in the presence of less serious cognitive disorders, often we cannot explain to the patient the structure of the formal mechanisms he is using. We must help him in other ways. The patient must find some clarity not in the recurrence of similar fragments of experience, but from the feeling of relatedness with the therapist as I have mentioned at the beginning o this paper. Interpersonal security must substitute the precarious intrapsychic security of the psychopathologic process.

There are, however, some ways of thinking which the schizophrenic shares with the normal person and which can be better explained to the patient. One of them is the rationalization. I shall compare the rationalization of a normal person to that of a schizophrenic, to show in which way they are similar and in which way they differ. As a rationalization of a normal man I shall take that of a colleague of ours who intended to attend a lecture without fully realizing that evening he would have prefered to remain home with his family and relax. He looked out of the window, saw that it was raining and saild, "The weather is bad. It is wiser to stay home". Now, not he but the weather is responsible for his not attending the lecture. I shall mention now a rationalization of a patient. A woman who was born and raised in a South American country in a well-to-do family, came to the United States in her early twenties, after having completed her college education. While in the United States she married an American citizen, from whom she had a child. When I first saw her she was in her middle thirties, had been sick for several years and showed signs of moderate regression. The appeared apathetic, except when she was talking about her husband, for whom she nourished bitter resentment. She would repeatedly say that her husband was a bad man and she always knew it. When she was asked why she married her husband if she knew he was such a bad man, she replied, "The wedding ceremony took place in this country When the priest asked me if I wanted to marry my husband he spoke in English and I did not understand him. I said "I do". If he had spoken in Spanish, my own language, I would have never agreed to marry such a man". This rationalization would be facetious if it were not pathetic. It would be logical if it would not be based on ilogical premises. The patient obviously understood the question at the wedding ceremony and replied "I do" in English. Moreover she spoke English fairly well, even at the time of her wedding. Her rationalization, however, cannot be interpreted just at face value an an attempt to justify herself, or disavow her responsibility or to make her marriage almost illegal. There was much more than that in this apparently absurd rationalization. The years spent in the United States had a flavor of unreality for her, or at least they seemed lived in an atmosphere of fogginess and confusion. They were characterized by a series of unfortunate events, which cuminated in her unhappy marriage. Only life prior to her coming to the United States, that is that period of her life when she was speaking

Spanish, made sense to her. In her mind thus what was confused or unclearly motivated became associated with the English language. Again, following our theoretical framework, we could say that the patient made a gigantic concretization. She reduced the uncertainly and foggines of her North American life to a linguistic difficulty. Again this symptom, a rationalization, is not just a technical davise to avoid responsability; it is also and predominantly an expression of her whole life history, of her whole tragedy, of the difference between the peace or apparent peace of her early life and the turbulence or apparent turbulence o her married life.

In a way comparable to the work of the fine artist and of the poet, a little episode, or a little sympton become representative of a much larger segment of reality.

But let us examine again the rationalization of our colleague, who did not attend the lecture. We cannot take even his rationalization literrally. The bad weather, the storm, his going out at night may be for him symbolic of the hard professional competitive world where you always have to keep abreast, where you have challenges to meet. Staying home is being with your wife, or with mother or in mother's womb, whatever level of interpretation you prefer. His rationalization again represents a dilemma between the two types of life he has to cope with.

However there are important differences between his rationalization and the patient's. Our colleague's rationalization could stand on its own merit. People at times do stay home because of the had weather. There is thus concordance between the obvious reality, although a superficial reality, and the psychodynamic reality which is suppressed. That is, the colleague can stay home for both reasons, because of the weather and because he does not want to meet the challenge of the professional life.

In the rationalization of the patient there was no congruence or concordance between the external or superficial reality and the psychodinamic. The rationalization becomes plausible only if we understand what is suppressed, substituted or concretized, if we know the complicated experiences the patient went through. It is only when the patient is told what was once repressed, that he will not resort to implausible rationalizations any longer.

GENERAL PARTICIPATION IN PATIENT'S LIFE

I must add now a few remarks on the general participation in the patient life. The treatment of the very sick schizophrenic cannot consist only of the sessions, but an active participation in his life is necessary, as many authors have reported. In the beginning of the treatment the patient must feel that many events are shared by the therapist. In many instances the patient's requirements are inmense and the help of a therapeutic assistant may be necessary. A psychiatrically trained nurse or former patients are the best qualified to act as therapeutic assistants, as Federn and Rosen have previously reported.

The assistant is there to halp, to support, to share. It is particularly at a certain stage of the treatment that the therapeutic assistant is valuable. When the patient has lost concrete delusions and hallucinations, by virtue of the methods which I have cutlined, and has decreases the tendency to concretize, he may nevertheless retain a vague feeling of being threatened, which is abstract, diffuse, and from which he tries to defend himself by withdrawing. The assistant is there to dispel that feeling. That common exploration of the inner life in which the patient and therapist are engaged in now complemented by an exploration of the external life, effectuated with the therapeutic assistant.

Although the therapist and his assistant participate in many aspects in the patient's life, they do not stulfity the growth of the patient, who is allowed to take his own initiative whenever possible. At a late stage of the treament the patient wants tasks to be given to him, contrary to the way he felt at the beginning of the treatment. By fulfilling these tasks, at first easy ones, later more difficult, the patient will gain in self-evaluation. At the same time that he wants the therapist to share his life, he wants to a certain extent to share the therapist's life. Thus questions concerning the therapist's life should not be dismissed but answered with sincerity whenever possible.

PSYCHODINAMIC FORMULATIONS

I do not want to convey the impression that the treatment is over when we have established relatedness, interpreted the formal mechanisms or translated them into non-psychotic ones. Although given even at the beginning of the treatment, at a more advanced stage more and more interpretations refer to psychodynamic mechanisms. They refer to the life struggle of the patient, are based on the genetic history, on the

pathologic ways with which the patient has tried to solve his conflicts, and therefore, do not vary very much from the interpretations given to neurotics. The psychodinamic history and life-pattern of the schizophrenic, if we ignore the personal variables which are many and important, can be reconstructed, and interpreted as consisting of three stages:

Stage one: in early chilhood, at times even later, the future patient is at war with his family. Early interpersonal relations are characterized by intense anxiety, devastating hostility, or false detachment.

Stage two: The future patient introjects and acquires toward himself the same attitude that he felt the family had toward him. He grows with low self-esteem and a shaky self-identity. But somehow he cannot accept this self-appraisal. He is now at war with himself.

Stage three, or psychotic stage: The patient now rejects the vision of himself that he had introjected and, through congnitive alteration, profects it to others. Now the others accuse him, no longer does he accuse himself. At this point he is at war with the world. He may go to the point of destroying the world by altering deeply his cognitive and symbolic understanding of it. In the catatonic type of schizophrenia this third stage is somewhat different.

What do we try to do in the treatmen that I have outlined? We attack the sequence of events in reverse. In the first stage of treatment we are concerned predominantly with the third or psychotic stage of the life history of the patient. After having restablished relatednes help the patient retranslate the psychotic simptoms into non-psychotic; that is we help him to reintroject. But, as we have already seen, if the patient reintrojects, his anxiety may increase again with tendency to project again. The second stage of the treatment, which actually starts, at the same time that the first starts, although it continues much longer, consists in makin the burden of this anxiety and want to help him rebuild his self-esteem. This task will be less difficult if the patient will introject and incorporate healthy influences from the therapist. At the third stage of the tretment we attack the first stage of the life-history of the patient. We complete the psychodynamic understanding of the early intrafamily war, that is, of the early interpersonal factors which led to the unfortunate outcome. But at this point, the therapy is not fundamentally different from that used with psychiatric patients belonging to other categories.

DOCUMENTOS

EL CONSEJO INTERAMERICANO DE ASOCIACIONES PSIQUIATRICAS

En Barranquilla (Colombia) ha tenido lugar un acontecimiento que tiene extraordinaria importancia para la psiquiatría de nuestro continente y del mundo. Se trata de la constitución del Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas.

Dada la importancia del hecho, creo necesario colocarlo en su justa perspectiva histórica.

En diversas oportunidades, mientras un grupo de psiquiatras latinoamericanos trabaja incansablemente para lograr, a través de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (A. P A. L.) la unión de todos los especialistas de nuestra parte de América, los directivos de la American Psychiatric Association buscaban un acercamiento con sus colegas de Latino-América. Un primer intento fue el conseguir la afiliación individual de ellos a la APA y, un segundo; la incorporación de las sociedades psiquiátricas latinoamericanas a la American Psychiatric Association, como miembros de ella.

Fue el Dr. Daniel Blain, entusiasta propugnador de las relaciones interamericanas quien, siendo Presidente de la APA, propuso esa afiliación como un medio de real comunicación entre los psiquiatras del continente americano.

CONVERSACIONES PRELIMINARES

En Mayo de 1964 se realizaron en Lima las Jornadas Psiquiátricas entre la APA y el Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En esa oportunidad estuvieron en nuestra capital, con la delegación de los Estados Unidos, el Dr. Jack Ewalt, ex-Presidente, el Dr. Daniel Blain, Presidente y el Dr. Howard Rome, Presidente electo de la American Psychiatric Association y tuvimos oportunidad de discutir el asunto.

Mi opinión era que, existiendo una entidad que agrupaba a los psiquiatras latino-americanos, la APAL, todo entendimiento debería realizarse por intermedio de ella, es decir, no entre la APA y las diversas sociedades latino-americanas, sino, directamente, entre la APA y la APAL.

Las conversaciones, forzosamente preliminares, debieron continuarse durante el Congreso Latino-Americano de Psiquiatría realizado en Lima en Octubre de 1964. Desgraciadamente, el Dr. Daniel Blain, que se encontraba en Austria, no pudo asistir, pero nombró como su representante al Dr. Eugene Brody con quien se discutió ampliamente el tema y quien llevó una opinión ya formada a la Comisión Directiva de la APA.

En Abril de 1965 se realizó una nueva reunión en México, ya con el propósito de establecer las bases de una institución constituída entre las asociaciones psiquiátricas de América que incluyera, no solamente la Asociación Psiquiátrica de la América Latina y la American Psychiatric Association, sino también la Canadian Psychiatric Association, con lo que, realmente, se cubriría el continente.

NACE EL C. I. A. P.

De esta reunión nació el Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas, que debería establecerse definitivamente en Barranquilla.

En esta ciudad, entre el 20 y el 25 de Noviembre de 1965, se reunieron, como delegados de la American Psychiatric Association el Dr. Howard Rome, Presidente de la APA, el Dr. Daniel Blain, ex-Presidente y el Dr. Eugene Brody; como delegados de la Canadian Psychiatric Association, el Dr. W. A. Blair, Presidente de la CPA, el Dr. Denis Lazure, Presidente electo y el Dr. George A. Davinson, Secretario General de esa Asociación y, como delegados de la Asociación Psiquiátrica de la América Latina, el Dr. Guillermo Dávila, Presidente, el Dr. Carlos Alberto Seguín, ex-Presidente, el Dr. Carlos Lucero Kelly, Secretario (en reemplazo del Dr. Omar Ipar, Presidente de la Federación Argentina de Sociedades Psiquiátricas), el Dr. Humberto Rosselli, Tesorero, el Dr. Clovis Martins y el Dr. Abel Sánchez Peláez.

Quedó constituído el Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas, aprobados sus Estatutos y trazado su plan de acción inmediata.

PROPOSITOS

Los Estatutos establecen los siguientes "Objetivos y Finalidades":

a) Fomentar las relaciones científicas y profesionales de las asociaciones psiquiátricas de América.
b) Auspiciar la realización de Congresos, mesas redondas, simposia, etc. de carácter regional, nacional e internacional.
c) Desarrollar relaciones con la Asociación Psiquiátrica Mundial y con asociaciones regionales, nacionales e internacionales que persiguen objetivos similares.
d) Propugnar por un alto nivel en la enseñanza de la Psiquiatría y la aceptación eventual y recíproca de credenciales psiquiátricas en toda la América.
e) Proporcionar información y asistencias a la enseñanza, la investigación, y la asistencia en lo referente a las enfermedades mentales.

f) Facilitar el intercambio de becas, donaciones, expertos y técnicos en salud mental en diversos niveles profesionales, entre los distintos países.
g) Estimular y coordinar las investigaciones sobre salud mental y enfermedades psiquiátricas, retraso mental y psiquiatría social y transcultural.
h) Fomentar las publicaciones referentes al punto señalado en g).
i) Pugnar por que la práctica de la psiquiatría se realice en elevados niveles éticos.
j) Esforzarse por que se establezca un sistema uniforme de clasificación y nomenclatura psiquiátricas, así como métodos estadísticos comparables.

Como se ve, los propósitos son ambiciones y, por supuesto, el Consejo es consciente de ello y de la necesidad de proceder paso a paso hacia su cumplimiento, para lo cual se han planteado algunos proyectos de posible inmediato estudio y realización.

POSIBILIDAD DE REALIZACIONES INMEDIATAS

Las últimas reuniones del Consejo de Barranquilla fueron dedicadas al estudio de las posibilidades de acción inmediata y, entre las diversas discutidas, se acordó dar preferencia a algunas que parecieron factibles y fructíferas.

1. Los Dres. Rome y Seguín quedan encargados de estudiar la realización de una Reunión Psiquiátrica Interamericana. Esta reunión, de acuerdo con una propuesta del segundo, debería organizarse de manera que se ponga más énfasis en ofrecer oportunidades de estrecha relación interpersonal y de actividad clínica, de investigación y discusión entre los colegas de los diferentes países americanos.

2. Se establecerá relación inmediata con la Oficina Sanitaria Panamericana, el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos y la Asociación Psiquiátrica Mundial.

3. Se acordó dirigirse a la Comisión Organizadora del Cuarto Congreso Mundial de Psiquiatría a fin de que se incluya en el programa un simposium sobre la enseñanza de la Psiquiatría, primer paso hacia una unificación de las ideas acerca de los sistemas de aprendizaje, sistemática de exámenes y calificaciones.

4. A propuesta del que suscribe, se acordó estudiar las posibilidades de editar un diccionario multilingüe (inglés, francés y español) de términos psiquiátricos en el que se fije, no solamente la traducción de esos términos, sino su alcance semántico, a fin de evitar las dificultades de comunicación existentes.

5. Los Dres. Blain y Dávila se encargan de organizar un servicio de información que sea útil para los investigadores que se ocupan de proble-

mas transculturales en América, información a) técnica y bibliográfica; b) sobre estudios paralelos o similares que se vengan realizando; c) información acerca de las posibilidades de conseguir ayuda económica y técnica.

6. La Canadian Psychiatric Association ha establecido en sus Estatutos disposiciones que permiten a psiquiatras de otros países afiliarse en condiciones especiales. Se propone conseguir que todas las sociedades psiquiátricas del continente estudien la manera de poner en acción medidas parecidas, de modo que un psiquiatra americano, si así lo desea, pueda pertenecer a cualquier asociación de las Américas.

LA DELEGACION LATINOAMERICANA

En sesiones del Comité Directivo de la Asociación Psiquiátrica de la América Latina se resolvió que la delegación de esta Asociación ante el Consejo Interamericano quedara constituida en la siguiente forma:

Delegados por tres años:
Dr. Carlos Alberto Seguín (Perú)
Dr. Guillermo Dávila (México)

Delegados por dos años:
Dr. Omar Ipar (Argentina)
Dr. Humberto Rosselli (Colombia)

Delegados por un año:
Dr. Abel Sánchez Peláez (Venezuela)
Dr. Clovis Martins (Brasil)

UN PASO DECISIVO

Considero la organización definitiva del C. I. A. P. como un paso decisivo en la historia, no solamente de la psiquiatría latinoamericana, sino de la psiquiatría mundial.

En cuanto a la primera, luego de la tan largamente buscada y lentamente conseguida unidad latino-americana, por medio de la APAL, el Consejo significa su incorporación al concierto mundial como parte de una unidad continental, que es la primera que se forma y en la que nos encontramos hermanados con nuestros colegas de Estados Unidos y el Canadá en un nivel de esfuerzo paralelo y común hacia el mejoramiento profesional y del servicio a nuestros pacientes.

Creo que el porvenir será testigo de que esta unificación, lograda por medio del fraterno diálogo entre los especialistas de América, será de históricas consecuencias para la psiquiatría latino-americana, de la América toda y del mundo, de que debemos sentirnos orgullosos de haberla realizado y que debemos continuar en el camino comenzado con esfuerzo, decisión y fé.

Carlos Alberto Seguín

DISCURSO DE APERTURA DEL SYMPOSIUM

Sr. Rector de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos;
Sr. Dr. Fernando Oyarzun, Profesor invitado especial a este Simposium;
Sres. Catedráticos;
Sres. Estudiantes;
Sras. y Sres.:

El Symposium sobre Psicología y Psicopatologia del Estudiante constituye una de las tareas que la Clínica Psiquiátrica Universitaria se ha propuesto entre sus fines. En efecto, fuera de la asistencia psiquiátrica, la Clínica Psiquiátrica Universitaria está destinada a la enseñanza en sus niveles pre y post grado, a la investigación y a la divulgación de los conocimientos de la salud y la enfermedad mentales. Es, en todas estas áreas, donde puede ubicarse la importancia y los propósitos del Symposium.

La Psiquiatría Moderna está dejando de ser una sola especialidad, por lo menos en los países donde su organización ha alcanzado gran desarrollo, para constituirse en una serie de sub-especialidades, es decir una serie de especialidades dentro de una misma especialidad. Así tenemos la Psiquiatría de Niños o Paidopsiquiatría, la Psiquiatría Transcultural, la Forense, la Familiar, etc. Dentro de ellas, la Psiquiatría Universitaria, o College Psychiatry, como se llama en los países de habla Inglesa, es precisamente la especialidad de nuestro quehacer científico. En este sentido, la Universidad, constituye una sub-cultura con características propias, que por lo tanto tiene problemas propios y que nosotros estudiamos y tratamos de resolver usando nuestra experiencia proveniente de la Psiquiatría General y de la Psiquiatría de la Adolescencia. Esto es en el terreno de la clínica misma, pero hay un terreno aún más amplio en que la labor del psiquiatra se hace necesaria y me refiero a la función formativa de la Universidad. En efecto, la Universidad debe y tiene que cumplir una función formativa, para no ser simplemente "una fábrica de profesionales", y el bagaje de ideas y conocimientos teóricos en el terreno de la Psiquiatría es muy grande y favorecen y son esenciales para la educación, entre otras áreas del conocimiento. El Psiquiatra Moderno ha dejado, pues, hace mucho tiempo de ser un "loquero". El temario del Symposium, en sí, puede darles una idea para comprobar que él no está centrado en lo que ciertas gentes sensacionalistas gustan llamar "el mundo alucinado de la locura" y otras expresiones igualmente desafortunadas. Nuestro temario está más bien orientado hacia la comprensión humana y la orientación psicológica del Estudiante.

Quiero señalar, especialmente, que las reuniones de hoy y de mañana constituyen un acto académico original que se realiza por primera vez en nuestro país, y que dentro de las repercusiones que ellas deban tener nos interesa sobre manera, su significado de divulgación. Parece ser que los hombres como los pueblos más desarrollados tienen también un concepto más desarrollado de la Psiquiatría y recurren más al Psiquiatra que aquéllos que no lo son o están ubicados dentro del sub-desarrollo cultural. Con datos recogidos de estadísticas estadounidenses diremos que en ese país "es difícil calcular el número de personas con síntomas neuróticos clásicos, que sean lo suficientemente graves como para necesitar atención urgente. Un dato aproximado, proveniente del examen del "Selective Service" da unos 5,000.000. Un niño de cada 20, que nacen pasarán algún tiempo en una institución para enfermos mentales. Uno de cada 10 estará incapacitado por algún período, a causa de síntomas mentales y emocionales. De cada 100 niños en edad escolar en los EE. UU., las vidas de 13 de ellos estarán en alguna forma alteradas debido a su incapacidad para alcanzar la madurez emocional. Cuatro terminarán en hospitales mentales. Uno se convertirá en delincuente. Ocho serán destrozados por transtornos emocionales. Estos 5,000,000, sin embargo, representan solamente una pequeña parte del problema. Este panorama así pintado en los EE. UU., no es, sin embargo, con toda probabilidad, muy distinto al de nuestra realidad nacional, acerca de la cual no tenemos ni podemos tener estadísticas adecuadas. Tomando sólo el aspecto de los problemas neuróticos basta decir que ellos constituyen una forma o estilo de vida, acerca de la cual, nuestras gentes no han sido todavía informadas adecuadamente, no saben que pueden ser modificadas.

Ya en el campo específico de la especialidad de la Psiquiatría Universitaria, nos referimos nuevamente a estadísticas estadounidenses por no tener nuestras Universidades las correspondientes a nuestra población universitaria. De acuerdo a ellas, uno de cada 10 estudiantes universitarios tienen problemas que interfieren con su rendimiento escolar y más de la mitad de los que ingresan a la Universidad no permanecen un tiempo suficientemente largo para graduarse.

Que estas breves palabras sean portadoras del interés doble, que como psiquiatras y profesores universitarios tenemos por nuestra comunidad universitaria y por ende por la comunidad en general.

Dr. César A. Delgado Hurtado
Director de la Clínica Psiquiátrica
Universitaria

REVISTA DE REVISTAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ENURESIS

ALVARADO, JOSE MARIA. Gaceta Boliviana de Neuro-Psiquiatría, Vol. 1, Nº 2, Pág. 115-126 - 1965.

El autor hace una revisión bibliográfica de las diferentes aportaciones hechas por diversos investigadores acerca del problema de la enuresis, luego describe algunos métodos nativos de tratamiento, en los que distingue tres modalidades: en la primera el niño enurésico debe orinar sobre brasas de fuego, ladrillos o adobes calientes, cuyo vapor llegando a los órganos genitales produce la curación, en la segunda se hace sentar a los niños enfermos sobre los mismos, cuya alta temperatura produce no pocas veces extensas quemaduras en la región glútea y perineal, en la tercera modalidad, se aplican estos elementos en la región del hipocondrio. Finalmente presenta el estudio de siete casos hechos en la consulta privada; dos de ellos mixtos: enuresis y encopresis diurnas y cinco enuresis nocturnas, habiéndose establecido que un caso procede de mal comicial, otro de sindrome carencial y cinco de problemas emocionales en el ámbito familiar, de los cuales cuatro corresponden a rivalidades fraternas y uno a diferencias paternales y la presencia de un padrasto agresivo; se trataron todos ellos con psicoterapia sin ser necesario recurrir a otras medidas terapéuticas.

Rubén Ríos Carrasco.

NEUROLOGIA DEL SUEÑO Y DEL ENSUEÑO

Bosquejo de una Patología del Campo de la Conciencia.

HENRY EY. Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología. México, Nº 3 Mayo-Agosto 1966, pp. 54-68.

El autor considera que el psiquiatra no puede desinteresarse de la organización dinámica del cerebro; ni de los problemas conexos a la vigilia, el sueño, el ensueño y la conciencia. Después de definir el sueño y la vigilia y de referirse a las enfermedades mentales; expone dentro de la

Neurobiología del dormir y del soñar: 1. Las características neurofisiológicas de los diversos estados del sueño, en el que describe los estudios y las experiencias llevadas a cabo y señala que el estado fisiológico del cerebro que duerme pasa por unas fases sucesivas de adormecimiento y de sueño más o menos profundo hasta el despertar, estos estados según Loomis, Gerard, Kleitman y otros, se caracterizan por el rítmo alfa discontinuo (sueño ligero de tipo actividad vigil de reposo fase A) la reducción del alfa (se desencadena sin que cese el sueño: "puntas vertex", fase B) presencia de los husos (por estimulaciones rítmicas puede provocar el despertar, aparecen ondas lentas, fase C) los husos y las ondas delta (fase D) las ondas delta (sueño más profundo, las estimulaciones exteriores no provocan reacciones eléctrica, fase E). 2. Las características neurofisiológicas del ensueño según la escala de Kleitman señala que sólo en la primera fase o el de tipo ligero y activo, cuando el sueño emerge del nivel más profundo, es que se permite el ensueño y que se acompañan de movimientos oculares que se produce por fases de 20 minutos por término medio. 3 El sueño "rhombencefálico según Jouvet, después de expresar sus experiencias y estudios llevados a efecto, expone sus interpretaciones del sueño en un primer modo (sueño lento) y un segundo modo "paradójico", en el que incluye la actividad de un "arqueo sueño" y concluye: que las fases de movimientos oculares (Kleitman) son fases de sueño rhombencefálico, sueño rápido que desaparece después de la lesión de dicha zona y que el "sueño rápido" o rhombencefálico sería un arqueo-sueño lleno de ensueño contemporáneo y que se opone al "sueño lento'. 4. De la noción de "centros" de la vigilia y del sueño, a la noción de "regímenes" de la actividad cerebral. Al respecto hay discrepancias en aceptar la existencia de un "centro"; más bien psicológica y psicopatológicamente el sueño, el ensueño y la vigilia constituyen una arquitectura, una jerarquía de formas de estructuración del campo de la conciencia; así el cerebro forma la arquitectura estructural que va del mínimo al óptimo de su capacidad de adaptación a la realidad y que en el nivel inferior (sueño) parece el proceso de sincronización o defecto de diferenciación y libertad de unas configuraciones de la conciencia que caracteriza su caída en el sueño; pero, en el seno mismo de este nivel inferior se instituye una nueva reorganización básica, las "fases paradójicas" o de los "ritmos rápidos" correspondiendo a los grados menos profundos (Kleitman) o el sueño rhombencefálico (Jouvet).

En lo referente a la desestructuración patológica del campo de la conciencia y la desorganización del cerebro, señala que el sueño no es pura negatividad de la conciencia y sus gradientes nos revelan los niveles de su desestructuración. En en una nivel de la conciencia casi equivalente en el que se desarrollan las experiencias de los estados llamados confusionales, confuso-oníricos, oniroides, crepusculares, etc. Pero en estos niveles de desestructuración del campo de la conciencia, el sujeto no duerme, está como en las fases paradójicas o de "movimientos oculares" fascinado por imágenes fantásticas. Hace una distribución de psicosis de fenómenos de sueño y ensueño, subrayando que el paso de la vigilia al sueño o del sueño a la vigilia es

rápido y que contiene instancias indiscernibles que la patología extiende en duración y el movimiento evolutivo de estas crisis, acciones o estados agudos; además de que los pasos de la vigilia al sueño son reversibles en suma quedan adaptadas a la realidad, mientras que en los estados confuso-oníricos, los delirios alucinatorios agudos o las crisis de manía, que caracterizan la desestructuración del campo de la conciencia, ésta ha perdido esta libertad de movimiento.

Pedro Bautista

UTILIZACION DEL PSICODRAMA EN LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA

ROJAS BERMUDEZ, JAIME.— Revista Latinoamericana de Salud Mental, Nº 9 Pág. 126-129, Junio 1966.

El autor, luego de definir como el núcleo fundamental del Psicodrama la acción y destacar el compromiso que asume el protagonista física y mentalmente con lo que dice y lo que hace y cómo lo hace y cómo lo dice, propone su trasposición al campo de la enseñanza manteniendo sus normas generales pero teniendo como objeto, en este caso, el aprendizaje de la Psiquiatría; para reforzar dicha tesis relata algunas sesiones ilustrativas como por ejemplo, una primera clase con alumnos sin mayores conocimientos de la Psiquiatría, se describen algunos detalles técnicos de la dramatización en sus diferentes etapas que esta vez está orientada al conocimiento del psiquis y sus funciones; en otro ejemplo se dá cuenta de la dramatización de la relación médico-paciente en la que los protagonistas asumen los roles de médico y paciente en forma alternada; finalmente, en otro grupo de alumnos más adelantados se subraya la visión del paciente "desde adentro" en la dramatización de las diferentes técnicas de tratamiento, particularmente las diferentes formas de psicoterapia.

Sostiene el autor, como conclusión, que la utilización del Psicodrama trasforma el aprendizaje puramente intelectual y práctico en un aprendizaje vivencial que permite un conocimiento más acabado y claro de la psiquiatría y, sobre todo, del enfermo mental.

Rubén Ríos Carrasco

PSICOTERAPIA CON COMPUTADORAS

COLBY, KENNETH M.; WATT, JAIMES B. y GILBERT, JOHN P.— Revista Latinoamericana de Salud Mental, Nº 9, Pág. 87-92, Junio 1966.

Describen los autores el sistema ideado para la Psicoterapia con Computadoras, en el cual, el paciente instalado frente a un teletipo, conectado a una computadora PDP-1 y esta a una IBM 7090, puede formular sus pre-

guntas o pensamientos en forma escrita y con su vocabulario habitual, los que al ser prontamente respondidos configuran una suerte de silencioso y peculiar diálogo. El programa está codificado en Subalgol, según la versión de la Universidad de Stanford, seleccionándose las frases recibidas por medio de claves que pueden ser letras, palabras o combinaciones de ambas. El programa está diseñado para comunicar y tratar de ayudar del mismo modo que hace un psicoterapeuta; responder, aclarar, localizar, interpretar, tratar que la conversación continúe, sonsacar cierto tipo de información y utilizarla de diferentes maneras. Luego de destacar algunas consideraciones que ilustran mediante ejemplos, se puntualizan tres etapas importantes: a) la fase, que se refiere al ajuste que estos programas deben poseer para adecuarse al comienzo, la mitad o el final de las situaciones propias del curso de la psicoterapia, b) La relación interpersonal en cuanto es obvio de que a pesar de no aparecer el terapeuta en persona, este se halla implícito en las posibilidades del programa, anotándose que este no mantiene la fluidez deseable y sus interpretaciones son demasiado limitadas como para manejar los complicados fenómenos de resistencia y transferencia, c) Las intervenciones, que si bien consisten en preguntas y juicios corrientes muy similares a los empleados por los terapeutas, son incapaces de ofrecer interpretaciones básicas en el modelo cognitivo de la persona. Finalmente, los autores creen que si este programa se desempeña satisfactoriamente en la clínica, el problema se centraría en si este método pueda beneficiar a las personas que padezcan serios desórdenes mentales; desde que si bien es complicado decidir si la psicoterapia ejercida por seres humanos resulta beneficiosa, no parece existir dudas acerca de su utilidad en determinados casos. La falta de presencia física del terapeuta y las limitaciones de la comunicación escrita son variables sumamente importantes, cuya eficacia sólo podrá valorarse mediante una amplia experimentación clínica; que de ser positiva podría cubrir la carencia de terepeutas, los que no serían reemplazados sino más bien su eficacia magnificada, desde que sus esfuerzos no se limitarían a la proporción uno a uno, paciente-terapeuta, sino podrían atender inclusive centenares de pacientes por hora.

Rubén Ríos Carrasco

NOTAS DE ACTUALIDAD

ELECCION RECTORAL

En elecciones en que fuera candidato el Decano de la Facultad, Dr. Jorge Campos Rey de Castro, resultó elegido el Dr. Luis Alberto Sánchez, Rector de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por el período 1966-70.

NUEVOS PROFESORES PRINCIPALES

En los Concursos promovidos por la Facultad de Medicina para la provisión de dos Profesores Principales para nuestro Departamento, resultaron ganadores los Drs. Oscar Valdivia Ponce y Humberto Rotondo, quienes fueron incorporados en esta condición en el Claustro Universitario y en el programa de actividades docentes. Del mismo modo, el Dr. Raúl Jerí Vásquez obtuvo el principalato de Neurología en el Departamento de Medicina.

SENSIBLE DESPEDIDA

El destacado alumno de la Escuela de Graduados, especialidad de Psiquiatría, y Residente del Hospital Obrero de Lima, Dr. Luis Pesce Schereier ofrendó su vida a los más grandes ideales de la medicina y la humanídad, en el trance heroico de salvar la vida de un niño. Si bien su sacrificio significó una digna culminación de una brillante y excepcional existencia, deja trunca una genuina esperanza que deben lamentar no sólo el gremio médico, sino el Perú y la humanidad entera. El Departamento de Ciencias Psicológicas manifestó su pesar tanto en el sepelio como en las diferentes ceremonias recordatorias y el Dr. Carlos Alberto Seguín, a nombre del mismo, solicitó que la Escuela de Graduados lleve su nombre.

X CONGRESO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA

Con participación de numerosas delegaciones extranjeras y el auspicio de diversas entidades universitarias se llevó a cabo el Décimo Congreso Interamericano de Psicología, del 3 al 7 de abril, en diferentes salones de nuestra Facultad. Los temas oficiales fueron: a) El científico de la conduc-

ta como un agente de cambio cultural, b) Estado actual de la Psicología en América Latina, el Entrenamiento académico de los psicólogos y la Investigación Transcultural. La Comisión Organizadora estuvo presidida por el Dr. Carlos Alberto Seguín, Presidente de la Sociedad Interamericana de Psicología, actuaron como Vice-Presidentes los Drs. Segisfredo Luza, Presidente de la Sociedad Peruana de Psicología, José Russo, Director del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y Baltazar Caravedo, Director del Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Perú, y como Secretario el Dr. Reynaldo Alarcón, Director del Instituto Psicopedagógico de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

PRIMER SEMINARIO DE EDUCACION MEDICA

Con el propósito de establecer una evaluación del curriculum de estudios, vigente desde 1962, y escuchar las opiniones de docentes y dicentes en diferentes aspectos de su labor formativa e informativa, realizar los reajustes necesarios con el fin de alcanzar los objetivos básicos de la Facultad y, por otra parte, promover en los docentes una mayor integración; el Consejo de Facultad encargó a las Comisiones Pedagógicas y de Coordinación la organización del Primer Seminario de Educación Médica de la Facultad, la que se llevó a cabo en los meses de enero y febrero, en tres fases sucesivas; la primera o Seminario Departamental, la segunda o Seminario Interdepartamental y la tercera en que se reunieron las Comisiones aludidas, los Jefes de Departamento y la Delegación estudiantil. En cuanto se refiera el Departamento de Ciencias Psicológicas se hicieron entre otras, las siguientes recomendaciones: que el curso de Psicología Médica se ubique en el primer semestre del segundo año, que los de Psicopatología y Semiología Psiquiátrica deberían integrarse como capítulos dentro de Patología General y Semiología General, debiendo ser dictados por los profesores del Departamento y que el curso de Nosografía Psiquiátrica deberá integrarse al de Clínica Psiquiátrica, los que se deberían dictar en el cuarto año. Finalmente, los grupos de Trabajo se calificaron como actividades no curriculares y, por consiguiente, de asistencia voluntaria no computable.

CURSOS PARA GRADUADOS

En coordinación con el programa de la Escuela de Graduados, los Drs. Carlos Alberto Seguín, Sergio Zapata, José Alva, Rubén Ríos, Francisco Vásquez, Felipe Iannacone y Héctor Cornejo, del Departamento de Ciencias Psicológicas dictaron, en la segunda quincena de marzo, un curso de Psicoterapia en la Práctica Diaria para médicos de diferentes especialidades, la mayor parte de los cuales ejercen en provincias.

SYMPOSIUM DE PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL ESTUDIANTE

Con el anhelo de lograr un acercamiento a la comprensión integral del estudiante en su psicología, su contexto familiar, su realidad socio-económica, sus dificultades pedagógicas, etc., y promover la investigación y el estudio de los mismos, la Clínica Psiquiátrica Universitaria, a cargo del Dr. César A. Delgado Hurtado organizó para los días 8 y 9 de abril el Simposium de la epígrafe, que además de las conferencias, cuyo texto íntegro aparecen en este mismo número, contó con discusiones de mesa redonda. Asistió especialmente invitado el Dr. Fernando Oyarzún, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Chile.

CURSILLO DE LA FAMILIA Y EL NIÑO

En la primera quincena de Mayo y auspiciado por Art Center, se llevó a cabo ,en su local de Miraflores, un ciclo de conferencias a cargo del Dr Renato Castro de la Mata, quién se ocupó de "La Adolescencia y sus problemas" y "La Familia: algunos aspectos sociológicos y psicológicos", y la Dra. María Antonieta Silva de Castro, quién se refirió a "El Niño: su evolución hasta la pubertad".

CURSILLO DE PSICOPATOLOGIA

En los meses de octubre y noviembre pasado, a iniciativa de la Asociación Neuro-Psiquiátrica de Estudiantes de Medicina, se realizó en el Centro de Estudiantes de Medicina un curso breve de Psicopatología a cargo del Dr. Carlos Saavedra.

CICLO DE CONFERENCIAS SOBRE PSIQUIATRIA PREVENTIVA Y EDUCATIVA

Auspiciado por la Asesoría y Supervisión de Higiene Mental del Ministerio de Salud Pública y el Instituto Superior Psicoformativo "Andrés Rázuri" se realizó, entre el 23 de febrero y el 4 de marzo, en el local de la Asociación Médica Peruana "Daniel Carrión" un ciclo de conferencias especialmente programadas para educadores, en el que intervinieron profesores del Departamento y que comprendió los siguientes aspectos:

Dr. Baltazar Caravedo: La Psiquiatría Preventiva.
Dr. Carlos Alberto Seguín: La Psicología en el Campo Educativo.
Dr. Hildebrando Salazar: El Hogar y su Dinámica.
Dr. Juan Véliz: La Psicología del Educando.
Dr. Hildebrando Salazar: La Orientación Sexual del Educando.
Dr. Rubén Ríos Carrasco: En Torno a la Angustia.
Dr. Justino Melgar: Influencia del medio hogareño, social y familiar en la formación de la Personalidad.

Dr. Rodolfo Merino: Orientación Vocacional y Psicologia del Educando.
Dr. Hildebrando Salazar: Los Trastornos de Conducta del Educando.
Dr. José Sánchez: Algunas Determinanantes en la Personalidad del Delincuente.
Dr. Walter Griebenow: Personalidad Anormales, Causas y Manejo.
Dr. José Alva: Reacciones Emocionales del Maestro.
Dr. Felipe Iannacone: Psiconeurosis y Psicosis.
Dr. José Alva: Psicohigiene del Estudio.
Dr. Hildebrando Salazar: Niños Excepcionales y su Manejo.
Dr. Humberto Napurí: Importancia del Grupo de Trabajo.

ANIVERSARIO DE LA ANEM

Celebrando el sexto aniversario de su fundación, la Asociación Neuro-Psiquiátrica de Estudiantes de Medicina, desarrolló en la primera semana de diciembre un programa de actividades científicas y sociales, habiendo participado en la sesión de aniversario el Sr. Efrain Vásquez, Secretario General del Centro de Estudiantes de Medicina, el Sr. Moisés Gaviria, Presidente de la ANEM, el Dr. Raúl Jeri, Profesor Asociado, encargado de la Asignatura de Neurología, el Dr. Carlos Alberto Seguín, Profesor Principal del Departamento de Ciencias Psicológicas y el Dr. Jorge Campos Rey de Castro, Decano de la Facultad. Al dia siguiente, en la sesión dedicada a comunicaciones de los miembros de la ANEM, participaron los alumnos Sres. Jaime Velazco Munt: "Investigaciones Caracterológicas en postulantes a Institutos Superiores y Universidades", Raúl Morales Soto: "Cuadros Convulsivos en la Infancia", Carlos Martinot: "La Glicerina en los Traumatismos Encefalocraneanos" y Germán Berríos: "La Preparación Filosófica del estudiante de Neuro-Psiquiatría", posteriormente se llevó a efecto una Mesa Redonda acerca de "El Psiquiatra y la Sociedad".

Paralelamente se efectuó la Convención de Asociaciones Neuro-Psiquiátricas de Estudiantes de Medicina, que actualmente tienen vigencia en las ciudades de Lima, Arequipa, Trujillo, Ica y Cajamarca.

VIAJES A UNIVERSIDADES DE PROVINCIAS

El jefe del Departamento, Dr. Carlos Alberto Seguín, viajó invitado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo el 23 de octubre habiendo sustentado una conferencia acerca del tema: "Bases de la Patología Psicosomática", horas más tarde fue Relator de la Mesa Redonda llevada a cabo en el Hospital Regional de Trujillo que tuvo como tema "La Organización de un Servicio de Psiquiatría en un Hospital General".

A mediados de noviembre el Dr. Seguín participó en su calidad de representante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el Seminario Nacional de Pedagogía Médica realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

CONFERENCIAS EN HUACHO

El domingo 26 de noviembre en el Teatro Municipal de Huacho tuvo lugar una actuación científica organizada por el Departamento de Psicología de la Facultad de Educación de la Universidad Nacional del Centro (Filial de Huacho) en la que participaron especialmente invitados los Drs. Rubén Ríos Carrasco y Elia Izaguirre quienes se ocuparon de "La importancia de la Organización de un Departamento de Ciencias Psicológicas en la Facultad de Educación" y "Consideraciones acerca del Stress", respectivamente.

ANIVERSARIO DEL INSTITUTO PSICOPEDAGOGICO NACIONAL

En conmemoración al vigésimo quinto aniversario de su fundación el Instituto Psicopedagógico Nacional de las Facultades de Educación y de Letras y de Ciencias Humanas de la U. N. M. S. M., preparó un programa de Conferencias, del 9 al 13 de julio, en el que participaron los Drs. Reynaldo Alarcón: "El Instituto Psicopedagógico Nacional en el Panorama de la Investigación Psicopedagógica", Walter Blumenfeld: "Problemas metodológicos en la enseñanza", Leopoldo Chiappo: "Sentido de la evolución psíquica", Luis A. Guerra: "Fracasos escolares en transición y primer año de primaria", y Carlos A. Seguín: "Experiencias en Grupos Humanos".

SOCIEDAD PERUANA DE PSICOTERAPIA

El 28 de diciembre en acto que reunió a numerosos psiquiatras y psicólogos, quedó fundada la Sociedad Peruana de Psicoterapia, días más tarde se discutieron los estatutos acordándose encomendar a la Comisión Organizadora, conformada por los Drs. Carlos Alberto Seguín, Francisco Alarco y Rubén Ríos Carrasco, la elaboración del Reglamento Interno y la preparación del primer acto electoral .

ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

En relación al requerimiento de la Comisión de Salud Pública "A" de la Cámara de Diputados, la Asamblea General de la A. P. P. celebrada el 21 de abril acordó nombrar una Comisión integrada por los Drs. Raúl Jerí, Humberto Rotondo, Rubén Ríos Carrasco y Carlos Bambarén Vigil, la que luego del estudio del proyecto de ley de Salud Mental presentó a la Asamblea las observaciones pertinentes, las que se acordó hacer llegar al Consejo Superior de Salud Mental por intermedio de su delegado Dr .Arnaldo Cano.

SOCIEDAD PERUANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGICA Y NEUROCIRUGIA

En la sesión científica que tuviera lugar el 28 de octubre se presentaron los trabajos de los Drs. R. Jerí, E. Fernández, L. Acosta y E. Reyes.: "La Melanoblastomatosis del Sistema Nervioso", E. D. Gómez: "El Problema del liderazgo en el Psicoanálisis" y E. D. Rocca y M. Portocarrero: "La Arteria Trigeminal".

SEMANA SANFERNANDINA

En la primera semana del pasado mes de octubre se desarrolló la tradicional festividad sanfernandina, con tal motivo los profesores del Departamento organizaron una Mesa Redonda acerca de la Psicología y Psicopatología de la Familia, en la que el Dr. Carlos Alberto Seguín presentó a modo de introducción, el trabajo: "La Actitud de la Familia frente al Niño enfermo". El Dr. Max Arnillas Arana en su calidad de Presidente de la Comisión de Asuntos Extracurriculares de la Facultad, tuvo a su cargo la preparación y ejecución de todo el programa.

I JORNADAS MEDICO-QUIRURGICAS TAURINAS DEL PERU

En el evento científico de la epígrafe, que tuviese lugar el 15 y 16 de febrero, los Drs. Carlos Alberto Seguín y Raúl Jerí presentaron los trabajos: "Acerca de la Personalidad del Torero" y "La Psicología de la Masas",, respectivamente.

VISITA DE PSICOANALISTA ARGENTINO

El 15 de diciembre el Departamento fué visitado por el Dr. Oscar Masotta, psicoanalista bonaerense, quien sustentó una charla acerca de "El Psicoanálisis y la Semántica".

VISITA DEL REPRESENTANTE DE LA AID

El 12 de marzo los profesores del Departamento tuvieron una reunión con el Dr. Frank Dimond, alto funcionario de la Ayuda Internacional para el Desarrollo; quién manifestó que tenían sumo interés en conocer nuestra experiencia en el empleo de las técnicas de Dinámica de Grupo para su posible aplicación en diversos grupos humanos.

ASOCIACION DE DOCENTES

En la Asamblea de Delegados efectuada el 9 de junio, entre otros acuerdos, se autorizó al Comité Ejecutivo continuar en el ejercicio de sus funcio-

nes hasta la terminación de los Concursos, en que la estabilización de los profesores de las diferentes categorías permita un reajuste en la distribución de los delegados de acuerdo a la nueva proporcionalidad y se puedan realizar las elecciones de los mismos.

DOCENTES DEL HOSPITAL OBRERO

El 5 de junio, a instancias de la Comisión Organizadora conformada por los Drs. Juan Solari y Rubén Ríos Carrasco quedó fundado el Comité Científico de la Asociación de Docentes de la Facultad de Medicina, Base del Hospital Obrero de Lima. Días más tarde, en acto presidido por el Decano de la Facultad, quedó instalado el Comité Directivo del que forman parte además de los mencionados, los Drs. Eugenio Beltroy, Elmer Alegría, Julio Bedoya, Carlos Merino, Vitaliano Manrique y Godolfredo Cuadros López.

PROFESORES Y RESIDENTES EN UNIVERSIDADES DE PROVINCIAS

Por acuerdo suscrito con nuestro Departamento, los profesores Drs. Max Silva y Juan Antonio Robles y los residentes Drs. Francisco Vásques Palomino, Moisés Lemlij, Felipe Iannacone, Max Hernández y Héctor Cornejo, viajaron a la Facultad de Medicina de Arequipa en forma rotatoria habiendo desarrollado un amplio rol de actividades docentes y asistenciales, y participado en conferencias, charlas y discusiones de mesa redonda. Igual desempeño le cupo al Dr. Mario Chiappe en la Facultad de Medicina de Trujillo.

SEGUNDO CURSO DE PEDAGOGIA UNIVERSITARIA

En continuación al curso dictado el año pasado, la Facultad de Educación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, preparó para los meses de febrero y marzo el segundo Curso de Pedagogía Universitaria que congregó a cerca de ciento cincuenta profesores universitarios de las diferentes universidades del país, entre los cuales concluyeron su preparación los Drs. Rubén Ríos Carrasco y Juan Antonio Robles del Departamento de Ciencias Psicológicas.

NUEVO DELEGADO

A mediados de Enero, en conformidad con el Reglamento Interno del Departamento, se eligió al Dr. Walter Griebenow como Delegado de los Jefes Instructores ante el Comité Directivo.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

a) *La Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, órgano del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es una publicación universitaria trimestral.*

b) *Toda comunicación deberá ser remitida al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina, Av. Grau s/n. Lima, Perú. o a la Asignatura de Neurología, Sala San Luis, Hospital 2 de Mayo.*

c) *Se admitirán artículos inéditos que a juicio del Comité de Redacción merezcan ser publicados y que deberán reunir las siguientes condiciones:*

1. *Los originales deberán ser escritos a máquina, a doble espacio y por un solo lado, en papel tipo carta.*
2. *Su extensión no deberá exceder 40 páginas.*
3. *Su redacción y bibliografía deberán ajustarse a las normas internacionalmente estalecidas y en lo posible al esquema siguiente: Introducción, Historia, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Resumen y Bibliografía.*
4. *Las ilustraciones deben ser numeradas y remitidas en hojas separadas indicando las leyendas y el lugar donde deben consignarse.*
5. *Deberán terminar con un breve resumen en español e inglés.*

d) *Los autores que deseen separatas deberán indicarlo así; los gastos de impresión correrán por su cuenta.*

e) *Ningún original será devuelto, sea publicado o no.*

f) *La Revista no se hace responsable por las opiniones vertidas por los autores.*

SUSCRIPCIONES

Número suelto: en el Perú S/. 30.00, en el extranjero $ 1.50.
Suscripción anual: en el Perú S/. 120.00, en el extranjero $ 6.00.
Dirigirse al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M. Av. Grau s/n. Ap. Nº 529 — Lima - Perú

COMISIONES DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

DOCENCIA PRE-GRADO	Encargado :	*Dr. Max Silva*
	Colaboradores :	*Dr. Francisco Vásquez*
		Dr. José Alva
		Dr. Enrique Ghersi
DOCENCIA PARA GRADUADOS	Encargado :	*Dr. Oscar Valdivia*
	Colaboradores :	*Dr. César Delgado*
		Dr. Renato Castro
		Dr. Sergio Zapata
		Dr. Rubén Ríos
TRABAJOS CIENTIFICOS E		*Dr. Sergio Zapata*
INVESTIGACION	Encargado :	*Dra. Elia Izaguirre*
	Colaboradores :	*Dr. Oscar Valdivia*
		Dr. Rubén Ríos
ACTIVIDADES CIENTIFICAS		*Dr. Francisco Vásquez*
CONGRESOS, CONFERENCIAS, etc.	Encargado :	*Dra. Elia Izaguirre*
	Colaboradores :	*Dr. José Alva*
		Dr. Carlos Gutiérrez
		Dr. Hugo Díaz
MATERIAL DE ENSEÑANZA	Encargado :	*Dr. José Alva*
	Colaboradores :	*Dr. Hugo Díaz*
		Dr. Enrique Ghersi
		Dr. Felipe Iannacone
		Dr. Max Silva
PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA	Encargado :	*Dr. Rubén Ríos*
	Colaboradores :	*Dr. Carlos Gutiérrez*
		Dr. Max Silva
		Dr. Hugo Díaz
VIAJES Y BECAS	Encargado :	*Dr. Renato Castro*
	Colaboradores :	*Dr. Oscar Valdivia*
		Dr. César Delgado
		Dra. Antonia Sánchez
RELACIONES PUBLICAS	Encargado :	*Dr. Max Arnillas*
	Colaboradores :	*Dr. Ethel Bazán*
		Dr. Rubén Ríos
GRUPOS DE TRABAJO	Encargado :	*Dr. Humberto Napuri*
	Colaboradores :	*Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. Francisco Vásquez
		Dr. José Alva
		Dr. Juan A. Robles

Imprenta de la Universidad
Nacional Mayor de San Marcos